FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1884 — N°

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 14 février 1884, à 1 heure.

PAR S. VOUKCHÉVITCH

Né à Krouchénatz (Serbie), le 9 novembre 1854.

ÉTUDE SUR LE TRAITEMENT DE L'OPHTHALMIE GRANULEUSE PAR L'EXCISION DU CUL-DE-SAC CONJONCTIVAL.

Président : M. RICHET, *professeur.*

Juges : MM. PAJOT, *professeur.*
CHARPENTIER, CAMPENON, *agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

A. PARENT, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

A. DAVY, Successeur

52, RUE MADAME ET RUE MONSIEUR-LE-PRINCE, 14

1884

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen..... M. BÉCLARD.

Professeurs.....	MM.
Anatomie	SAPPEY.
Physiologie	BÉCLARD.
Physique médicale	GAVARRET.
Chimie organique et chimie minérale	WURTZ.
Histoire naturelle médicale	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	PETER. DAMASCHINO.
Pathologie chirurgicale	GUYON. DUPLAY.
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	ROBIN.
Opérations et appareils	LE FORT.
Pharmacologie	REGNAULD.
Thérapeutique et matière médicale	HAYEM.
Hygiène	BOUCHARDAT.
Médecine légale	BROUARDEL.
Accouchements, maladies des femmes en couche et des enfants nouveau-nés	N.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LABOULBÈNE.
Pathologie comparée et expérimentale	VULPIAN.
Clinique médicale	SEE (G.) JACCOUD. HARDY. POTAIN.
Clinique des maladies des enfants	N.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	BALL.
Clinique des maladies syphilitiques	FOURNIER.
Clinique des maladies nerveuses	CHARCOT.
Clinique chirurgicale	RICHET. GOSSELIN. VERNEUIL. TRÉLAT.
Clinique ophthalmologique	PANAS.
Clinique d'accouchements	PAJOT.

DOYENS HONORAIRES : MM. WURTZ et VULPIAN.

Professeur honoraire :
M. DUMAS.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
BLANCHARD.	HALLOPEAU.	PEYROT.	RIBEMONT.
BOUILLY.	HANOT.	PINARD.	RICHELOT.
BUDIN.	HANRIOT.	POUCHET	RICHET.
CAMPENON.	HENNINGER.	QUINQUAUD.	ROBIN (Albert).
DEBOVE.	HUMBERT.	RAYMOND.	SEGOND.
FARABEUF, chef des travaux anatomiques.	HUTINEL.	RECLUS.	STRAUS.
GUÉBHARD.	JOFFROY.	REMY.	TERRILLON.
	KIRMISSON.	RENDU.	TROISIER.
	LANDOUZY.	REYNIER.	

Secrétaire de la Faculté : CH. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1789, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

185584

MEIS ET AMICIS

A MON AIMÉ MAITRE

M. LE DOCTEUR GALEZOWSKI

Hommage de profonde reconnaissance.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR RICHET

Membre de l'Institut.

A MES MAITRES DES HOPITAUX

MM. LES PROFESSEURS GOSSELIN, VERNEUIL, PANAS ET G. SÉE.

Respect profond.

TABLE DES MATIÈRES

ntroduction..... 7

CHAPITRE I. — Historique général du traitement des granulations palpébrales..... 11

I. Prophylaxie..... 11

II. Traitement curatif..... 14

A. Traitement curatif chirurgical..... 14

1° Raclement. Scarification. Frottement. Piquage..... 14

2° Excision ou abrasion..... 18

3° Ecrasement..... 23

4° Compression..... 24

B. Traitement curatif médical..... 24

1° Moyens révulsifs..... 24

2° Caustiques ou escharotiques..... 25

3° Astringents..... 33

4° Courants électriques..... 36

5° Méthode substitutive..... 37

A. Inoculation blennorrhagique..... 37

B. Inoculation jéquirityque..... 40

CHAPITRE II. — A. Marche..... 47

B. Durée..... 49

C. Terminaison..... 50

CHAPITRE III. — Complications et conséquences..... 52

I. Muqueuse oculaire (conjonctive)..... 53

II. Paupières..... 56

III. Cornée..... 57

IV. Voies lacrymales..... 61

V. Iris, corps ciliaire et choroïde..... 63

VI. Cristalloïde antérieure et cristallin..... 64

VII. Xérophthalmie..... 65

CHAPITRE IV. — Diagnostic différentiel des granulations fausses et des granulations vraies..... 66

CHAPITRE V. — Traitement des granulations palpébrales (trachome) par l'excision du cul-de-sac conjonctival. — Indications..... 71

Procédé opératoire..... 81

Observations..... 73-102

ETUDE SUR LE TRAITEMENT

DE

L'OPHTHALMIE GRANULEUSE

PAR L'EXCISION

DU CUL-DE-SAC CONJONCTIVAL

INTRODUCTION.

Notre maître M. le Dr Galezowski disait, il y a cinq ans, à la Société de chirurgie :

« Au moment où M. Panas a soulevé la question du traitement de l'ophthalmie granuleuse par l'inoculation blennorrhagique, je pense qu'il ne sera pas dépourvu de quelque intérêt de vous communiquer les résultats que j'ai obtenus depuis bientôt huit ans en faisant l'excision du cul-de-sal conjonctival dans cette maladie. »

Ce que M. Galezowski a dit alors à propos de l'inoculation blennorrhagique, nous pouvons le répéter aujourd'hui à propos de l'inoculation jequirityque.

En effet, nous nous trouvons aujourd'hui dans une époque

où les thèses et les différents travaux surabondent les uns après les autres sur l'effet jequirityque, bienfaisant ou malfaisant, dans l'ophthalmie granuleuse. Nous pouvons donc dire qu'il ne sera pas inutile de présenter nos observations sur l'effet que produit l'*excision du cul-de-sac conjonctival* dans cette affection.

Avant d'entrer en matière, nous devons dire deux mots sur la division de notre sujet.

En entreprenant de faire une thèse sur le traitement du trachome, nous savions bien que c'était une tâche extrêmement difficile; que ce sujet était étudié de tous les côtés, et qu'on n'a pas encore trouvé un moyen sûr, puissant, de guérir toujours et toutes les formes cliniques de granulations trachomateuses, qui peuvent se présenter en pratique.

Et, après avoir examiné l'historique du traitement de cette maladie, nous avons trouvé qu'il existe les opinions les plus différentes et les plus contradictoires entre les ophthalmologistes et les médecins de toutes les époques. Nous avons vu qu'un moyen, qui réussissait bien entre les mains d'un praticien, échouait entre les mains d'un autre. Cette contradiction entre les auteurs existe depuis le commencement de la médecine jusqu'aujourd'hui.

Hippocrate connaissait les granulations palpébrales en les désignant sous le nom de συκα, psorophthalmia, granulations sarcomateuses. Déjà, à son époque, on savait que cette maladie était rebelle et très réfractaire à tous les traitements connus. On savait aussi qu'elle était souvent incurable, comme elle l'est encore aujourd'hui quelquefois. Nous voyons qu'Hippocrate fait la combinaison de traite-

ment chirurgical avec le traitement médical, tandis que Galien est adversaire du premier. Nous voyons que les médecins arabes employaient presque exclusivement le traitement chirurgical, tandis que d'autres s'élèvent contre cette méthode. Nous voyons donc toujours, à toutes les époques, les médecins oculistes les plus distingués divisés en deux camps diamétralement opposés.

Afin de bien montrer combien on s'est occupé de cette maladie, depuis le commencement de la médecine jusqu'à nos jours ; combien de méthodes, combien de moyens on a proposé et employé pour combattre cet ennemi des yeux, nous allons exposer un historique très sommaire de chaque méthode de traitement à part. Car, à défaut de documents nombreux, nous serons obligé de laisser de plus ou moins grandes lacunes. Ce sera le premier chapitre de notre thèse.

Dans le deuxième chapitre, nous examinerons comment la maladie marche, combien de temps elle peut durer et comment elle se termine.

Dans le troisième chapitre, nous verrons qu'elles sont les complications fréquentes, pendant la marche de l'ophthalmie granuleuse, et les conséquences fâcheuses pour la vue humaine.

Après cela, nous aurons à nous étendre sur le diagnostic différentiel, ce qui sera le sujet du quatrième chapitre.

Enfin, dans le cinquième chapitre, nous exposerons nos observations suivant la méthode de traitement de l'ophthalmie granuleuse par l'excision du cul-de-sac conjonctival, et nous dirons quel est le procédé de cette opération.

Mais, avant tout, qu'il nous soit permis d'exprimer à notre aimé maître, le Dr Galezowski, notre profonde reconnaissance pour les conseils qu'il a bien voulu nous donner dans le cours de notre travail.

Nous prions le professeur Richet d'agréer tous nos remerciements, en même temps que l'hommage de notre vive gratitude, pour avoir bien voulu nous faire l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse.

Nous remercions nos amis, M, le Dr Parisotti, qui nous a communiqué avec tant d'empressement deux observations inédites, et M. le Dr Bazin, dont le bien veillant concours nous a été si utile pour la rédaction de notre travail.

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE GÉNÉRAL DU TRAITEMENT DES GRANULATIONS PALPÉBRALES.

Nous diviserons cet historique des traitements, suivi par les auteurs jusqu'à présent, en deux principaux groupes :

I. Traitement prophylactique ou, pour mieux dire, *prophylaxie.*

II. Traitement curatif, qui peut être subdivisé en :

A. Traitement curatif chirurgical ;

B. Traitement curatif médical.

I. Prophylaxie.

« Le trachome est une maladie des pauvres, dit M. de Wecker ; ceci est si vrai, qu'il se passe dans ma clientèle particulière parfois des années sans qu'aucun granuleux ne vienne se faire traiter (1).»

« Les granulations palpébrales, fléau des classes pauvres, loin de rétrocéder, continuent leur marche envahissante », disait M. le Dr Deneffe, il y a quelques mois, à l'Académie de médecine, en Belgique.

Si ces jugements, de savants connus en cette matière,

(1) De Wecker et Landolt. Traité complet d'ophthalmologie, 1880. T. I, p. 376.

sont vrais, nous pouvons ajouter, sans hésitation, que la seule prophylaxie, puissante d'empêcher la marche envahissante de cette maladie, serait l'amélioration de l'état social des classes atteintes. Malheureusement, nous sommes trop convaincu de la vérité de ces jugements pour ne pas insister longtemps là-dessus; car nous savons bien que la misère matérielle et intellectuelle marchent presque toujours côte à côte et qu'elles sont la cause indirecte de l'envahissement non seulement des granulations, mais encore d'une foule de maladie contagieuses.

En présence de cette vérité fatale, a-t-on pu rester indifférent, sans rien faire, au point de vue prophylactique, contre cet ennemi : la misère? — Evidemment non.

Pendant la grande épidémie granuleuse des armées belges, qui avait duré très longtemps, le gouvernement de ce pays avait nommé une commission spéciale pour élaborer les règles à suivre lorsqu'on se trouve en présence d'une épidémie granuleuse. Nous n'avons pas l'intention d'examiner ici ces règles qui ont été longuement commentées dans les Annales d'oculistique (t. XXI), et nous nous contentons de les mentionner.

Nous trouvons la prophylaxie recommandée par tous les auteurs; donc, c'est un point très important.

Sur quoi a-t-on basé cette prophylaxie? — Ordinairement on se base sur l'étiologie de telle ou telle maladie, sur son mode de propagation.

Pour l'ophthalmie granuleuse, on ne sait pas encore exactement tous les modes de propagation. On ne sait pas trop si la contagion peut se faire par l'air ou non. Il est très probable que c'est possible, quoi qu'on dise; car, on est très souvent embarrassé pour remonter exactement jusqu'à la cause véritable. Ce qu'on sait bien, c'est que la contagion se fait par le contact immédiat, par les attouche-

ments manuels, par les linges, par les objets de pansement et de nettoyage des yeux, enfin par les mouches qui sont très abondantes en été et qui vont, avec une sorte de rage, d'un œil à l'autre, d'un individu à un autre.

Ce mode de propagation directe de contagion s'observe journellement. On voit, par exemple, un membre d'une famille atteint d'une ophthalmie granuleuse d'un œil. Peu de temps après, l'autre œil ne tarde pas à se prendre ; puis, les autres membres de la famille sont très souvent atteints de la même maladie. (Obs. II, V, VI, XII, XIII.)

Connaissant ce mode de propagation d'ophthalmie granuleuse, on peut l'empêcher, jusqu'à un certain point, par de bons conseils hygiéniques ; c'est ce que tous les auteurs ont recommandé.

Pour ne pas trop nous étendre sur l'historique de la prophylaxie, nous ferons mieux de transcrire textuellement les bons conseils préservatifs de M. Cuignet (de Lille) (1).

Les voici :

« Les individus doivent éviter de se porter la main vers les yeux lorsqu'ils ont touché au mal oculaire dont un autre est atteint, ou aux linges, aux eaux dont il fait usage. Ils doivent éviter de se servir, pour eux-mêmes, des eaux, des serviettes, des mouchoirs, des pans de vêtements qui ont servi aux pansements ou aux nettoyages des malades et avoir leurs objets de toilette à eux seuls. Ils doivent cesser tout embrassement, s'abstenir de coucher dans le même lit, en un mot de toute circonstance de rapprochement tel qu'il favorise extrêmement l'inoculation directe de la matière virulente.

« Les petits enfants arrivés au premier âge des jeux ; les

(1) Ophthalmie d'Algérie, 1872. 1re partie, p. 140.

plus petits encore, à l'âge où on les tient dans les bras, sont extrêmement dangereux les uns pour les autres à cause de la proximité de leurs rencontres et de la tendance qu'on a à les embrasser. Nous invitons encore à prendre garde aux mouches, à les chasser ou à protéger sous des voiles légers les enfants endormis dans leurs berceaux. »

II. Traitement curatif.

A. *Traitement curatif chirurgical.*

1° *Raclement (blépharoxysis). Scarification. Frottement. Piquage.* — Hippocrate, comme beaucoup d'autres médecin, ses contemporains, pratiquait, entre autres méthodes, le raclement des granulations, après lequel il cautérisait la surface râclée de la conjonctive. Voici ce que dit Hippocrate dans le chapitre 4, article « De la vision », de ses œuvres :

« Lorsque vous aurez à racler les paupières de l'œil, faites-le d'abord (puis cautérisez) avec un cautère fusiforme en bois autour duquel vous aurez roulé de la laine de Milet crépue, pure, et faites bien attention de ne pas toucher la prunelle de l'œil et de ne pas brûler jusqu'au cartilage tarse. Le signe qu'il ne faut pas pousser plus loin le râclement, c'est qu'il ne s'écoule plus de sang rutilant, mais un liquide ténu sanguinolent ou aqueux. Alors il faut faire une onction avec l'un des médicaments liquides contenant de la fleur de cuivre. Enfin, après le raclement et la cautérisation, lorsque les eschares sont tombées, que les plaies sont détergées et poussent des bourgeons charnus, il faut faire une incision à la région pariétale.... Après cela il convient, dans tous les cas, de purger la tête (1). »

(1) Œuvres complètes d'Hippocrate. Edition de M. Littré, 1861. T. IX, chapitre IV, p. 156.

Galien, qui avait employé les mots : sycosis, hypersarcome et *trachome* (remis en faveur par les auteurs allemands) pour désigner les granulations palpébrales, était adversaire du traitement par le raclement.

Paulus, un des contemporains de Galien, ne partageait pas son opinion. Lui, au contraire, il avait traité les granulations rebelles, lorsque tous les autres moyens avaient échoué, par le raclement (blépharoxysis); il avait inventé, pour cela, un instrument spécial : blépharoxyson.

Les médecins arabes avaient traité le trachome presque exclusivement par le blépharoxysis. Razès avait une sorte de curette pour le raclement des granulations.

Après l'école arabe, il paraît que cette méthode resta oubliée pendant longtemps. Seulement, au XVIIIe siècle, Woulouse, en Angleterre, l'employa sous le nom d'une nouvelle méthode de traitement. Il avait inventé un instrument curieux : *xystrum*, fait d'épis de seigle, qui avait la forme d'un pinceau. On peut s'imaginer les inconvénients et les dangers qui pouvaient être produits par cet instrument bizarre.

Paul d'Egine avait un instrument : blépharoxyston, ressemblant au cardeur de Borelli. Avec cet instrument il préparait, selon l'opinion du professeur Anagnostakis, d'Athènes, la muqueuse à être plus profondément atteinte par les topiques qu'on y allait appliquer (1).

Platner avait employé aussi des instruments métalliques pour le raclement des granulations.

M. le professeur Anagnostakis a soumis au contrôle la méthode d'Hppocrate, et il formule la conclusion suivante :

« ..... Je suis à même d'assurer que ce procédé n'est pas

(1) Annales d'Ophtalmologie. T. LXVIII, p. 120.

à dédaigner... Seulement, dit-il, j'ai remplacé la laine par un morceau de drap, et la fleur de cuivre par le sulfate de ce métal (1). »

Bardenheuer, tout récemment, s'est montré un des défenseurs ardents du raclement des granulations, appelées vésiculeuses par M. Hairion. Il a fait un grand nombre d'opérations à l'aide d'une curette tranchante, et dit n'avoir jamais vu des inconvénients fâcheux, produits par les cicatrices.

Enfin, l'année dernière, en Russie, M. le Dr Katzaouroff a préconisé le raclement comme une très bonne méthode dans des cas spéciaux, c'est-à dire lorsque les granulations sont d'une certaine grosseur et qu'elles sont sessiles; dans les cas contraires, l'excision est indiquée (2).

Les *scarifications* des granulations étaient identifiées avec le raclement par beaucoup d'anciens auteurs, tandis que pour les auteurs modernes c'est un moyen révulsif, lorsque la muqueuse est devenue engorgée, turgescente, et lorsqu'il y a une hypertrophie de la muqueuse palpébrale causée par les irritations des granulations.

En effet, que voyons-nous chez les auteurs anciens? Nous voyons qu'Hippocrate emploie la laine, et il frotte la muqueuse granuleuse jusqu'à ce « qu'il ne s'écoule plus de sang rutilant, mais un liquide ténu, sanguinolent ou aqueux ». Les médecins arabes avaient employé, pour le même but, une tête de chardon. Woulhouse (déjà cité), Roger de Parme et d'autres médecins se servaient de feuilles rugueuses et d'épis de divers végétaux. Alexandre de Trales, Paul d'Egine se servaient tantôt de pierre ponce

(1) Loco citato.
(2) Vratch. Revue clinique de Saint-Pétersbourg, 1883. T. IV, p. 313.

ou d'os de seiche, tantôt de la peau rugueuse de quelques espèces de poissons (1).

Desmarres inventa un scarificateur spécial pour les scarifications superficielles. Mackenzie avait conseillé les scarifications superficielles, si la muqueuse est très vasculaire.

Graefe, en Allemagne, conseille de faire les scarifications très superficielles, après avoir repassé le nitrate d'argent sur les granulations.

Sous l'inspiration de M. le Dr Galezowski, en 1869, une thèse était faite sur l'efficacité des scarifications dans quelques cas spéciaux des granulations (2).

M. Borelli, en Italie, avait fait construire un instrument désigné sous le nom de *scardasso*, ayant la forme d'une carde. M. le professeur Paoli, son compatriote, a inventé un instrument qui rappelle sous toute autre forme le cardeur de Borelli, dans le même but. Cet instrument consiste en une plaque métallique sur laquelle sont implantées les dents métalliques très fines, disposées en séries linéaires et très voisines les unes des autres. Avec cet instrument, on obtient la scarification superficielle des granulations en passant et repassant plusieurs fois sur leur surface jusqu'à ce qu'elles deviennent sanguinolentes. Il n'attaque pas le tissu propre de la muqueuse (3).

M. le Dr Mariano, médecin de division de l'armée italienne, avait employé le *piquage* (penzecchiomento) comme moyen curatif des granulations. Cette méthode avait le même but que les scarifications. Il le faisait à l'aide d'une lancette pyramidale, bien aiguë, en commençant par la paupière inférieure ; il faisait des piqûres multiples, en

(1) Fano. Maladies des yeux, 1866. T. I, p. 534.
(2) Thèse de Paris, 1869, par le Dr Lelièvre.
(3) Annales d'Oculistique, 1871. T. LXV, p. 155.

évitant d'intéresser le cartilage tarse. Le nombre doit varier selon l'étendue de la surface malade, depuis 30 ou 50 pour un œil. Puis il cautérisait la surface piquée avec le sulfate de cuivre et de la pierre divine.

Comme on le voit, presque tous les auteurs avaient employé, et beaucoup d'oculistes employent encore aujourd'hui le raclement et la scarification dans quelques cas particuliers des granulations.

2. *Excision ou abrasion.* — Ce procédé n'est pas nouveau non plus. Hippocrate excisait les granulations lorsqu'elles étaient grosses, puis il cautérisait la plaie avec du fer rouge, outre les caustiques et les astringents ordinaires qui avaient été employés. Voici comment Hipocrate s'exprime sur ce sujet, dans le chapitre « les Granulations sarcomateuses » :

« Quand les paupières ont une épaisseur anormale, réséquez de votre mieux la chair de leur partie inférieure, puis cautérisez la paupière avec le cautère non chauffé à blanc, en évitant l'implantation des cils ; ou réprimez l'épaisseur avec la fleur de cuivre brûlée et finement pulvérisée. Après la chute de l'eschare, donnez les soins médicaux nécessaires au reste (2) ».

Nous manquons beaucoup de documents, depuis Hippocrate jusqu'à notre siècle, pour savoir exactement si cette méthode était employée. Nous savons seulement que Galien et son école n'admettaient pas la destruction des granulations par les instruments chirurgicaux. Pour cette raison, nous sommes obligé de passer à notre siècle.

C'est encore en Belgique, pendant la grande épidémie

(1) Ibidem. T. L, p. 120.
(2) Œuvres citées.

granuleuse dans l'armée belge, que cette méthode fut largement étudiée et pratiquée.

En 1834, M. le Dr Lutens, jeune, dit qu'il avait pratiqué cette opération dans un grand nombre de cas, sur la paupière inférieure, et dans aucune circonstance, il n'eut à se plaindre de ses expériences. Il s'exprime ainsi : « Vingt à trente hommes furent quelquefois opérés dans un seul jour, et jamais nous n'avons eu à déplorer ni accident ni infirmité (1) ». Il a pratiqué cette opération, d'abord seulement sur la paupière inférieure et tout allait bien pour celle-ci. Mais lorsqu'il essaya, plus tard, en 1836, sur la paupière supérieure de la partie tarsienne. il observa des infirmités très graves qui en furent les résultats; ajoutons que cette opération *n'empêcha pas les granulations de récidiver très rapidement*. Puis il remarqua que ces récidives dépendaient de ce que *l'épine principale, et ordinairement inattaquable par les caustiques, se cache profondément* dans le repli palpébro-bulbaire de la paupière supérieure (repli que nous appelons aujourd'hui le cul-de-sac conjonctival).

Nous allons citer un passage de M. Lutens à ce propos. Il s'exprime ainsi :

« En retroussant la paupière supérieure, on remarque que les granulations sont beaucoup plus rapprochées, plus serrées et plus étendues que sur la muqueuse inférieure. Mais à partir du bord supérieur du cartilage tarse, la muqueuse se soulève sous forme de bourrelet..... Si l'on attire ce bourrelet à soi au moyen d'une pince, on voit qu'il s'étend assez haut dans le fond de l'orbite (2) ».

Donc, M. Lutens avait employé une pince à l'aide de laquelle il faisait une certaine traction sur le bourrelet s'é-

(1) Annales d'Oculistique et de Gynécologie. T. II, p. 199.
(2) Loc. cit.

tant formé dans le cul-de-sac, pour le faire mieux apparaître, et ainsi faciliter l'opération.

Mais nous devons remarquer que M. Lutens avait excisé seulement les granulations remplissant le cul-de-sac, et qu'il ne s'agissait nullement d'attaquer le tissu de la muqueuse même.

Deux ans après, M. Gouzée, médecin principal de l'armée à Anvers, employa la même méthode. Il reconnut les difficultés extrêmes qui se présentaient pour détruire les granulations de la paupière supérieure et les attribua à plusieurs causes : à leur grande profondeur dans le cul-de-sac, à la vive sensibilité de la paupière supérieure et à la disposition anatomique de cette paupière par rapport au globe de l'œil.

Enfin, M. Gouzée recommande l'excision des granulations comme un moyen très expéditif. Seulement, il conseille de faire cette excision à plat, rapidement, sans tourmenter longtemps la paupière (1).

Cunier (Florent) l'avait fait aussi, dans les cas de granulations verruqueuses (2).

En France, Desmarres père excisait les granulations lorsqu'elles étaient très nombreuses, d'un grand volume, et lorsqu'on ne pouvait plus compter sur leur disparition par résolution. Lui aussi, il prenait de grandes précautions pour ne pas toucher la muqueuse. Il les excisait à plat avec des ciseaux courbes, et il cautérisait la surface saignante avec un crayon de nitrate d'argent. Il parle aussi des difficultés que l'on éprouve pour atteindre les granulations par les moyens curatifs, lorsqu'elles sont réunies en *chapelet au delà du*

(1) Ibidem. 1838. T. I, p. 138.
(2) Ibid. T. V, p. 231.

tarse dans les replis conjonctivaux (cul-de-sac d'aujourd'hui) (1).

Coursserant avait proposé au congrès d'ophthalmologie (1862), l'abrasion du cartilage tarse. — Fano a proposé l'excision pour la couche granuleuse très exubérante (2).

M. Galezowski, dans son traité de 1875, a recommandé l'abrasion superficielle ou tonsure au moyen de ciseaux courbes promenés sur la conjonctive, lorsque les granulations sont engorgées, rouges, et qu'elles forment une véritable production polypeuse (3).

M. Abadie recommande l'excision, dans son Traité de 1876 (T. I. p. 141), mais qui ne doit pas dépasser les tissus morbides, et qu'on ne s'étend pas sur une grande surface.

En Angleterre, W. Mackenzie employait l'excision cruciale de chaque granulation à part (Traité pratique des maladies de l'œil, 1854, t. I, p. 694.

Nous devons dire ici, qu'en France, MM. de Wecker et Landolt sont des adversaires acharnés de tous les traitements destructifs des granulations. Ils s'expriment ainsi :

« Il faut inscrire ici, en tête, *que tout traitement qui attaque directement les granulations est mauvais.* » (De Wecker et Landolt. Traité complet d'ophthalmologie, 1880, t. I, p. 378.)

En Allemagne, les illustres savants oculistes Graefe et Saemisch d'un côté, Schweiger de l'autre, défendent d'une manière absolue de détruire les granulations soit avec les caustiques, soit par les moyens chirurgicaux, parce que, disent-ils, les uns et les autres laissent des cicatrices plus

(1) Desmarres. Traité des maladies des yeux, 1847. P. 224.
(2) Fano. Traité des maladies des yeux, 1866. T. I, p. 540.
(3) Galezowski. Traité des maladies des yeux, 1875. P. 222.

larges et plus profondes que lorsque les granulations se cicatrisent sans les toucher (1).

Mais, en revanche, il y a des auteurs en Allemagne qui sont des défenseurs enthousiastes de cette méthode. M. Preuss, médecin assistant à Wohlau, recommande l'excision des granulations lorsqu'elles sont discrètes et se trouvent dans le cul-de-sac supérieur (Oben Conjunctival-Uebergangsfalte) à l'aide de ciseaux (2).

M. Heissrath, de Königsberg, l'année dernière (1883), a étudié et largement appliqué cette méthode. Cet auteur fait l'excision dans des cas invétérés, *surtout lorsque les granulations se trouvent dans le cul-de-sac.* Pour lui, contrairement à tous les auteurs, il ne s'agit pas seulement d'exciser superficiellement la couche néoplasique, mais il enlève dans une certaine étendue (1 1/2 à 2 c. de longueur et 1 à 1 1/2 cm. de largeur) la muqueuse dans toute son épaisseur et le tissu cellulaire sous-conjonctival.

Voici la façon même dont-il s'exprime à cet égard : « Bei Ausführung der Operationen welche sich in der alteren Erkrankungsfällen besonders auf die Uebergangsfalte erstrecken soll, wird mann meist Bindehaut und subconjuctivales Zellgewebe in ihren ganzen Dicke zu excidiren haben (3) ».

M. Heissrath, en présentant son travail à la Société pour la séance médicale à Königsberg, le 7 fevrier 1882, l'a appuyé par 230 observations, dont plusieurs d'entre elles sont publiées dans son travail précité. Il dit enfin que toutes les complications guérissent dans trois semaines, un mois après l'opération. — S'il y a une hémorrhagie

(1) Graefe und Saemisch. Handbuch für gesammte Augenheilkunde, 1876. T. IV, p. 68.
(2) Berliner Klinische Wochenschrift, 1869. P. 446.
(3) Ibidem. 1882. P. 431.

post-opératoire, il l'arrête par la glace et la compression. S'il y a une réaction inflammatoire intense, les malades doivent rester 2 ou 3 jours au lit et employer les antiphlogistiques (1).

Comme nous faisons l'historique de l'excision des granulations, il serait logique de relater en même temps l'histoire de l'excision du cul-de-sac conjonctival. Mais nous la laisserons à dessein pour notre chapitre V, qui est le sujet principal de notre thèse.

3. *Écrasement.* — M. Cuignet est le premier qui ait employé ce procédé. Mais il reconnaît bien lui-même qu'il ne peut s'appliquer qu'à des cas spéciaux ; lorsque les tissus sont lardacés d'un jaune un peu transparent, constitués par des granulations très anciennes, molles, friables sous-jacentes à la muqueuse et s'exprimant à travers elle comme la matière sébacée s'exprime à travers les conduits excréteurs des glandes sébacées. Leur siège principal est contre le tarse supérieur.

On procède à cette petite opération, ainsi : on passe le bout de l'index gauche sur le tarse renversé ou le manche d'ivoire d'un instrument, et l'on comprime, écrase pour ainsi dire, les granulations entre l'instrument et le doigt. Il en résulte, le lendemain, une amélioration reconnue par le malade (2).

M. le Dr Tastot parle d'une épidémie de granulations dans les écoles, et il dit avoir employé la méthode de M. Cuignet et s'en être bien trouvé dans les cas où les granulations étaient volumineuses (3).

(1) Loc. cit.
(2) Ophthalmie d'Algérie, 1872. 2e partie, p. 214.
(3) Recueil d'Ophthalmologie, 1889. P. 12[illegible].

4. *Compression.* — Nous mentionnerons seulement pour mémoire qu'en 1866, le Dr Stocks avait inventé un petit appareil se composant d'une petite plaque d'ivoire courbée suivant la forme de la cornée et réliée à une autre plaque parallèle et de même forme au moyen d'une monture. Une des plaques s'applique entre l'œil et la paupière, l'autre sur la peau de la paupière. Les plaques peuvent être serrées volontairement. L'appareil reste sur place une ou deux heures par jour (1).

Plus tard, M. Fadda, en Italie, a fait à peu près la même chose. Son instrument, pour aplanir les granulations, a été présenté à la Société physique et médicale de Florence, par M. le professeur Paoli.

B. *Traitement curatif médical.*

Pour faciliter l'étude historique du traitement médical des granulations trachomateuses (trachome), nous diviserons ce traitement en quatre méthodes :

1° Traitement par des moyens révulsifs;
2° — — caustiques ou escharotiques;
3° — — astringents;
4° — — substitutifs.

1° Moyens révulsifs. — Cette méthode a été employée à toutes les époques de la médecine en combinaison avec d'autres méthodes médicales. Nous avons déjà parlé de scarifications et nous n'en parlerons plus. Nous ajouterons seulement que cette méthode était employée comme révulsion pour obtenir un dégorgement de la muqueuse palpébrale. Comme moyen révulsif on a employé encore, dans des cas particuliers de granulations subaiguës compliquées de kératites, d'iritis, etc., la saignée locale, le vésicatoire derrière l'oreille et la nuque, le crayon de nitrate d'argent

(1) Annales d'Oculistique. T. 56, p. 82.

sur la surface externe de la paupière tous les quatre ou cinq jours, ou les sangsues sur la même surface (1).

Cette méthode des révulsions locales est abandonnée aujourd'hui, excepté les sacrifications. On n'emploie plus que les ventouses, les sangsues, les vésicatoires, sur les tempes seulement, dans les cas de complications du côté de la cornée ou de l'iris.

2° Caustiques ou escharotiques. — Ces moyens ont été employés par les auteurs anciens. Nous les trouvons employés sous différentes formes et en combinaison avec les méthodes chirurgicales, depuis la médecine hippocratique jusqu'aujourd'hui. Un très grand nombre de caustiques ont été conseillés et employés par les auteurs. Entre ces médicaments caustiques il y en a qui n'ont qu'une valeur historique, et nous ne ferons que les mentionner. Mais il y en a d'autres qui ont une valeur thérapeutique très puissante contre les granulations et qui nous occuperons davantage.

Énumérons d'abord les nombreux caustiques dont il a été fait usage :

a) Fer rouge.
b) Galvano-cautère.
c) Nitrate d'argent.
d) Sulfate de cuivre.
e) Nitrate acide de mercure (2).
f) Chlorure de zinc (3).
g) Acide chromique monohydraté (4)
h) Chlorure d'or (5).
i) Potasse caustique.
j) Précipité rouge (6).
k) — blanc.
l) Huile caustique (7).
m) Acide phosphorique (8).
n) Deuto-chlorure de mercure (9).

(1) Mackenzie. Traité pratique des maladies de l'œil, 1854. T. I. p. 694.
(2) Bader, Guy's Hospital, à Londres, 1872.
(3) Hays. 1849.
(4) Serres. 1866.
(5) Clay, Wallace. 1849.
(6) Mackenzie.
(7) Robert.
(8) Cunier (Florent).
(9) Mackenzie.
Voukchévitch.

(*a*) Les cautérisations par le fer rouge étaient faites par Hippocrate après l'excision des « granulations sarcomateuses », mais on n'emploie plus aujourd'hui ce moyen vraiment barbare.

(*b*) Quant au galvanocautère, nous ne le trouvons nulle part mentionné par les ophthalmologistes classiques pour détruire les granulations. En feuilletant les différents documents sur notre sujet, nous l'avons trouvé appliqué en Allemagne par M. Korn (de Breslau) en 1870. Cet oculiste, après avoir employé sans succès l'acétate de plomb, le nitrate d'argent mitigé, le sulfate de cuivre, avait enfin essayé le galvanocautère sur 17 cas de granulations graves et invétérées (meist veralteten und schweren Fällen). Il dit qu'après cinq emplois de cautère, la guérison est assurée; mais souvent il suffit de deux ou trois applications pour obtenir une guérison complète dans l'espace de quatre semaines (1). Tout récemment (1882), nous le voyons recommandé par M. Berthold, de Königsberg, qui accepte également l'excision de M. Heissrath (2). A cause des dangers et des conséquences graves qui peuvent résulter de ces cautérisations, ce moyen ne peut pas être recommandé.

(*c*) *Nitrate d'argent.* — Ce moyen thérapeutique, si puissant aujourd'hui contre les granulations, n'était pas connu des medecins grecs, car ils ne font nulle part mention de l'argent ou de préparations d'argent. Ce n'est qu'au moyen âge que les médecins arabes, et en particulier Avicenne, préconisèrent l'argent comme moyen thérapeutique.

Le nitrate proprement dit n'a été employé en thérapeutique qu'à partir du seizième siècle. En ophthalmologie,

(1) Berliner Klinische Wochenschrift, 1870. P. 221.
(2) Ibidem, 1882. Société médicale de Königsberg. Séance du 7 février 1882.

Scarpa, l'a surtout préconisé dans les ulcères de la cornée (1).

Velpeau définit l'action et l'influence du nitrate d'argent en ophthalmologie en ces termes : « Les conjonctivites, qu'elles soient simples, granuleuses, partielles ou purulentes, guérissent le plus souvent avec la plus étonnante rapidité par l'usage des collyres au nitrate d'argent (2). »

Quoi qu'il en soit, en effet, le nitrate d'argent était pendant longtemps le seul médicament topique en usage dans le traitement des granulations.

Tout d'abord, on l'avait employé pur, en cautérisant largement et profondément les granulations de la muqueuse palpébrale. Mais on a remarqué qu'en détruisant les granulations on détruisait la muqueuse entière, et l'on obtenait des résultats désastreux et absolument négatifs. On enlevait bien, par ce procédé, les granulations, mais on produisait un tissu cicatriciel inodulaire, rugueux, qui frottait pendant les mouvements des paupières contre le bulbe et la cornée et provoquait des complications et des conséquences plus graves que les granulations elles-mêmes.

Pour cette raison, beaucoup d'auteurs se sont élevés énergiquement contre cette méthode.

Entre autres, Lawrence, d'Ammon, Jüngken, Blasius, Carron du Villards, ont écrit que l'entropion, le lagophthalmos, le trichiasis, sont fréquemment dus à la disposition vicieuse des cicatrices que laissent les agents chimiques actifs et particulièrement le nitrate d'argent, appliqués à la surface interne de la paupière.

M. Gouzée dit qu'à la suite de cette cautérisation sur-

(1) Nouveau dictionnaire de médecine et chirurgie pratique. T. III, p. 83.
(2) Loco cit.

viennent très souvent des ulcérations de la cornée (1).

M. Cunier (Florent) dit que le symblépharon, l'ectropion, l'entropion, le trichiasis, le lagophthalmos chez les granuleux (des pays chauds : Egypte, Algérie, etc.) qui sont traités par le nitrate d'argent, sont tellement communs dans tous lieux, qu'il est rare de ne pas rencontrer une soixantaine de cas de ces diverses lésions, sur cent malades, qui échappent à la désorganisation de l'œil.

Pour toutes ces raisons, M. Cunier exclut complètement les cautérisations avec le nitrate d'argent et propose d'employer l'acide phosphorique (2).

Au commencement, on ne savait pas neutraliser l'action du nitrate d'argent. Et afin de protéger la cornée et d'enlever toute la portion excédante du sel d'argent, les auteurs lavaient la surface cautérisée avec de l'huile d'olives ou d'amandes douces. Mais tout cela n'était pas suffisant.

En 1847, M. Desmarres père, voyant que le crayon de nitrate d'argent pur était trop énergique, qu'il détruisait la muqueuse au lieu de modifier la vitalité de son tissu, et que, dans quelques cas, il produisait du côté du cerveau des accidents graves, fit faire, par le Dr Cadet de Gassicourt et par M. Baral, pharmacien à Paris, une série de crayons mitigés de potasse caustique à 1/2, 1/4, 1/8, 1/10.

Mais il y avait des cas où Desmarres employait le nitrate pur. C'était lorsque les granulations étaient pâles, dures, presque gélatineuses, que l'excision ne pouvait pas se faire et que le sulfate de cuivre ne produisait aucun résultat. Seulement, après la cautérisation, il neutralisait le caustique en excès au moyen de lotions d'eau aiguisée d'acide

(1) Annales d'Oculistique et de Gynécologie, 1838. T. I, p. 181.
(2) Ibid. 1839 janvier. P. 231
(3) Desmarres. Traité théorique et pratique des yeux, 1847. P. 225.

chlorhydrique dans les proportions suivantes : eau ordinaire, deux verres, et de l'acide chlorhydrique, deux petites cuillerées à café.

A part le crayon, Desmarres avait employé la solution de 1 gramme pour 100 grammes d'eau. Et seulement, après cela, il employait le sulfate de cuivre.

Cette méthode de Desmarres fut immédiatement essayée en Belgique, en Angleterre, en Allemagne et en Amérique, et partout de bons résultats furent obtenus (1).

En Allemagne, Graefe, de Berlin, était un grand partisan de la cautérisation par le nitrate d'argent (*lapis infernalis*). Lui, il la croyait non seulement indispensable d'une manière générale, mais indiquée *dans tous les cas et dès le principe.*

Voici dans quels cas et comment l'employait cet illustre praticien de Berlin :

1° La force de cautérisation doit être proportionnée à l'infection et la tuméfaction de la conjonctive. Il préférait le crayon aux solutions, parce qu'on neutralise plus facilement et on préserve les autres parties du caustique. On neutralise l'effet du caustique par la solution salée. On lave soigneusement le chlorure d'argent se formant sous forme de petits flocons blanchâtres, avec de l'eau froide.

1° La surface du crayon doit être dépourvue d'aspérités, sans quoi la cautérisation est inégale.

3° Si la conjonctive est tuméfiée, il faut faire des scarifications très superficielles immédiatement après avoir cautérisé et neutralisé complètement l'action du caustique et avant de replacer la paupière dans sa position normale. On favorise l'écoulement du sang en faisant des lotions d'eau froide.

(1) Loc. cit. P. 227.

4° Après chaque cautérisation, il faut employer les fomentations froides jusqu'à la chute de l eschare.

5° On ne doit jamais renouveler les caustiques avant la chute de l'eschare.

Quelquefois, on doit renouveler les cautérisations deux fois par jour ; dans d'autres cas, on n'en pratique qu'une seule dans la même journée.

Indication générale : quand la réaction qui suit la cautérisation est tombée, on doit renouveler l'application caustique (1).

Graefe employait encore le nitrate d'argent en pommade : glycérolé d'amidon, 5 grammes ; nitrate d'argent, 15 grammes.

En Belgique, Fallot employait le nitrate d'argent, et il accordait la préférence au nitrate solide sur toutes les solutions.

Le professeur Thiry s'exprimait ainsi sur les cautérisations :

« Les cautérisations telles qu'on les pratique en général, offrent de graves inconvénients (2). »

Hairion a surtout recommandé le nitrate d'argent. A propos des caustiques en général, il s'exprime ainsi :

« L'emploi des caustiques ne doit jamais avoir pour but la destruction des granulations, mais bien la résolution (3). »

Il employait, dans le premier stade des granulations vésiculeuses (selon sa division), la solution de nitrate d'argent au 1/60.

Dans le deuxième stade de la maladie, il emploie le crayon mitigé.

M. Galezowski dit que la méthode des cautérisations est

(1) Archiv für Ophtha'mologie. T. I, p. 199. Berlin, 1854.
(2) Annales d'Oculistique. T. XXVIII, p. 231.
(3) Ibid. T. LXIII, p. 34.

la seule qui, dans la grande majorité des cas, doit être appliquée soit dès le début, soit que l'on ait appliqué pendant quelque temps des scarifications.

« En appliquant le caustique, dit M. Galezowski, nous ne devons pas avoir d'autre but que d'exciter toute la surface conjonctivale et d'irriter les vaisseaux (1). »

Lorsque les granulations sont en état d'inflammation, que les conjonctives soit boursouflées et les paupières hypertrophiées, il emploie le crayon de nitrate d'argent.

Si les granulations sont en état de chronicité, s'il n'y a pas d'hypertrophie de la muqueuse, on doit se servir de la solution suivante : nitrate d'argent, 0,25 gr. ; eau distillée, 10 gr., en neutralisant avec de l'eau salée (3 gr. de sel et 10 gr. d'eau).

d) *Sulfate de cuivre.* — Nous sommes obligé de dire que nous ne pouvons pas nous étendre trop sur l'historique thérapeutique du sulfate de cuivre. Nous nous contenterons de mentionner que les composés cuivreux ont été très anciennement vantés contre les affections oculaires.

Nous avons vu, au commencement de cet historique, qu'Hippocrate avait employé la fleur de cuivre liquide après avoir raclé les granulations, et la même substance en poudre brûlée et finement pulvérisée après l'excision des granulations sarcomateuses.

Tous les auteurs classiques, anciens et modernes, reconnaissent la puissance thérapeutique du sulfate de cuivre, comme caustique aussi bien qu'antiseptique (Miquel), dans beaucoup de cas de granulations. Mackenzie avait employé les différents sels de cuivre. Desmarres père, Graefe, Fano et d'autres ont employé utilement le sulfate de cuivre pur ou mitigé avec d'autres sels.

(1) Traité des maladies des yeux. 1875.

On l'emploie habituellement en cristal, mais beaucoup d'auteurs se servent de solutions, de glycerolés ou de pommades de ce sel.

Fano dit qu'en traitant avec le sulfate de cuivre seulement on indure les granulatoins ; mais lorsqu'on le combine avec le nitrate d'argent ou d'autres moyens, il peut être très avantageusement employé.

M. Hairion fait la cautérisation une ou deux fois par semaine avec le sulfate de cuivre, et instille tous les soirs une goutte de son mucilage tannique.

M. Cuignet conseille de toucher les granulations deux ou trois fois par semaine avec le sulfate de cuivre, en pressant plus ou moins les saillies granuleuses. Pour les personnes éloignées, il formule un glycérolé à 10 gr. de glycérine et à 2 ou 3 gr. de sulfate de cuivre, que l'on doit mettre au pinceau tous les jours ou tous les deux jours au moment du coucher (1).

M. le professeur Panas formule le traitement des granulations par le sulfate de cuivre ainsi qu'il suit :

« Les paupières sont retournées et touchées plusieurs fois par semaine avec le sulfate de cuivre ; mais pour que cette action soit complète il faut exercer avec la pierre sur les granulations une friction suffisante pour qu'elles soient déchirées par cet attouchement ; on passe ensuite sur les parties ainsi touchées un pinceau imbibé d'une solution d'acide borique (5 0/0), et le malade applique après cette opération sur les yeux les compresses imbibées d'eau chaude. Ce dernier moyen est encore ce qui calme le mieux la douleur nécessairement très vive produite par le sulfate de cuivre (2). »

(1) Ophthalmie d'Algérie. 1872, 2e partie, p. 206.
(2) Journal de médecine et de chirurgie pratiques, 1880. P. 265.

3° Astringents. — Ces médicaments ne sont pas moins nombreux que les caustiques. Voici ces différents astringents, parmi lesquels il se trouve des antiseptiques très puissants :

a) Nitrate d'argent en solution faible.
b) Alun.
c) Acétate et sous-acétate de plomb.
d) Tannin.
e) Teinture d'iode.
f) Borax.
g) Sulfate de zinc.
h) Acide phénique.
i) Bicarbonate de soude (Graefe).
j) Acide borique.
k) Calomel (employé vulgairement par les indigènes à Bornéo contre les granulations. The Lancet, 1836. Note du Dr Ley).
l) Iodure de potassium en pommade (Dr Binard, 1848).
m) Sulfate de quinine (Bader, Guy's Hospital, à Londres, 1872).
n) Bisulfate de quinine (Rivioli à Crémone).
o) Sulfate de fer.

a) *Nitrate d'argent.* — Nous avons suffisamment insisté sur l'emploi du nitrate d'argent, et il serait superflu d'en parler davantage. Disons seulement qu'en solution faible, c'est un très bon astringent d'un usage journalier, dans les cas de granulations où il y a un état inflammatoire de la muqueuse oculaire.

b) *Alun.* — L'alun est employé aussi utilement en combinaison avec le sulfate de cuivre et le nitrate d'argent. M. le professeur Panas retire de grands avantages de l'usage de l'alun en crayon de cristal bien taillé, pointu et lisse.

c) *Acétate et sous-acétate de plomb.* — L'acétate de plomb a été introduit dans la pratique contre les granulations, la première fois en Belgique, par le Dr Buys, en 1840 (1). Ce moyen thérapeutique a joui pendant longtemps d'une grande réputation, surtout dans ce pays. MM. De Condé,

(1) Annales d'oculistique et de gynécologie, 1840. T. II.

Gouzée, Cunier et d'autres avaient recommandé l'acétate de plomb, selon la méthode de l'auteur, comme un moyen très efficace, dans beaucoup de cas de granulations.

Dans presque tous les autres pays, ce médicament n'a donné lieu qu'à des insuccès. Mackenzie le rejette complètement.

M. Warlomont attribue cet insuccès, à l'étranger, à ce que les oculistes n'ont pas suivi les règles prescrites par l'auteur. Dans la note additionnelle de la traduction du livre de Mackenzie, M. Warlomont s'exprime de la manière suivante : « L'excellence de ce moyen de traitement, que nous ne saurions trop recommander, nous fait un devoir de tracer les règles à suivre dans son emploi, telles qu'elles étaient employées par M. Buys. »

Voici comment M. Buys formulait le traitement :

« De l'acétate de plomb neutre, bien pur et parfaitement porphyrisé, un pinceau de poils de blaireau, et un vase contenant de l'eau claire composent tout l'appareil. Le pinceau est trempé dans l'eau, mais pour l'humecter seulement et de telle manière que la poudre d'acétate dans laquelle on le plonge y reste adhérente en quantité suffisante. — Il est alors appliqué à l'angle externe de l'œil et maintenu en place pendant quelques secondes. Le contact de la poudre, qui ne tarde pas à atteindre les orifices excréteurs de la glande lacrymale, détermine un afflux de larmes qui imbibe le sel et le transforme en une espèce de boue. Le pinceau est ensuite recouvert d'une nouvelle quantite de poudre que l'on porte à l'angle interne, sans crainte de toucher les points lacrymaux. Les larmes affluent encore pour imbiber la poudre et lui faire acquérir une consistance butyreuse. C'est alors seulement que le pinceau est porté en dehors pour aller à la rencontre du dépôt que l'on a placé à l'angle externe de l'œil, tout en étendant

avec lenteur ce médicament sur toute l'étendue de la conjonctive, et de manière qu'elle pénètre entre les anfractuosités que laissent les granulations entre elles (1). »

Malgré tous les succès et les recommandations des différents oculistes, la méthode de Buys est à peu près abandonnée aujourd'hui.

Au contraire, le *sous-acétate de plomb* est préconisé par beaucoup d'oculistes qui admettent que ce médicament atrophie les vaisseaux développés à la base des granulations et entraîne ensuite l'atrophie et la disparition des granulations mêmes.

M. le Dr Galezowski conseille l'emploi du sous-acétate de plomb, lorsque les granulations sont moins hyperhémiées et que l'inflammation ainsi que la suppuration sont peu abondantes, lorsque surtout l'œil ne supporte ni le nitrate d'argent, ni le sulfate de cuivre. Cet oculiste fait usage de ce médicament selon la formule suivante :

Sous-acétate de plomb. . . .		5 grammes.
Eau distillée	5-10	—

On passe le pinceau sur les deux paupières, puis on les lave après quelques instants avec une solution faible d'eau salée (2).

M. le Dr Abadie a été un grand propagateur du sous-acétate de plomb.

Mais, quoique ce médicament donne des résultats favorables, il ne peut pas être employé dans tous les cas de granulations, surtout lorsqu'il y a des ulcérations de la cornée. Dans ces cas-là, il se produit un dépôt de sel sur

(1) Mackenzie. Traité des maladies de l'œil. T. I, p. 748. Note additionnelle des traducteurs.

(2) Galezowski. Traité des maladies des yeux, 1875, p. 220.

la cornée et, consécutivement, une inflammation que M. le professeur Panas a désignée sous le nom de *kératite chimique* (1).

d) *Tannin.* — Jusqu'en 1851, le tannin avait été peu employé en ophthalmologie. C'est après les expériences de M. le professeur Hairion que le tannin a pris une assez large place dans la thérapeutique oculaire.

M. Hairion, après avoir fait de nombreuses expériences sur les animaux, a trouvé que le tannin, en solution concentrée appliqué sur les tissus vivants, sains, y exerce une action hyposthénisante qui se manifeste par la décoloration et la diminution de la sensibilité et de la rénitence de ces tissus, que son action mécanique est presque nulle, et que ses effets chimiques ne s'exercent que sur les produits de sécrétions libres, et peut-être aussi sur les couches les plus superficielles de l'épithélium, mais qu'ils sont nuls sur les tissus doués de vie (2).

e) *Teinture d'iode.* — M. le Dr Fromont s'est servi de la teinture d'iode dans quelques cas de conjonctivite granuleuse, et dit s'en être bien trouvé. Il précise les cas où il faut l'employer, c'est lorsque les granulations vésiculeuses (il accepte la division de Hairion) sont primitives, lorsqu'il y a un point de sécrétion, et chez les individus lymphatiques (3).

4° Courants électriques. — Notons à la fin de cet historique que M. le Dr Rodolphi a recommandé l'emploi du

(1) Recueil d'ophthalmologie. Juin 1883, p. 323.
(2) Louvain. Mémoire sur les effets physiologiques et thérapeutiques du tannin, 1851,
(3) Annales d'oculistique. T. XIX, p. 251.

courant constant pour la réduction des granulations chroniques, en citant deux cas de guérison. Il s'est servi de la pile de Bunsen de la manière suivante : le pôle négatif fut appliqué à la conjonctive palpébrale au moyen d'une plaque de cuivre convexo-concave ; le pôle positif, avec l'éponge imbibée d'eau salée, sur la région qui sépare le bord inférieur de l'os zygomatique de la branche maxillaire. Il prétendait que, sous l'influence du courant électrique, il se produisait un changement chimique des sécrétions (1).

Mais M. le Dr Cadei (de Brescia) a répété les expériences de M. Rodolphi sur 5 cas de granulations, et elles restèrent négatives tant sur les sécrétions que sur les granulations (2).

5° Méthode substitutive.

« Une inflammation chronique cède souvent à une inflammation aiguë. »

Cette méthode de traitement des granulations reconnaît plusieurs moyens dont quelques-uns sont à l'époque actuelle encore à l'étude. Nous résumerons seulement l'historique de deux moyens thérapeutiques : *l'inoculation blennorrhagique*, qui date du commencement de notre siècle, et l'*inoculation jéquirityque*, qui est à l'ordre du jour.

A. *Inoculation du pus blennorrhagique.* — W. Mackenzie (3), entre autres, dit que l'inoculation blennorrhagique, dans l'ophthalmie granuleuse avait été employée pour la

(1) Ibid. T. LXVI, p. 173, 1871. Septembre et octobre.
(2) Ibid. Novembre et décembre.
(3) Mackenzie. Traité pratique des maladies de l'œil. 1854. T., p. 694

première fois, en Angleterre, en 1810, par le Dr Walcker (de Glascow). Mais, plus tard, on a démontré que c'est, en 1812, Jaeger (de Vienne) qui la tenta pour la première fois (1).

Immédiatement après lui, Piringer (de Gratz) l'employa avec succès.

De Vienne, elle fut importée en Allemagne, puis en Amérique. — L'Angleterre lui fit également un accueil favorable.

W. Mackenzie, en acceptant cette méthode dans quelques cas particuliers, s'exprime ainsi : « J'ajouterai seulement qu'il existe des contre-indications importantes, parmi lesquelles figurent l'existence de la scrofule, du rhumatisme ou de toute autre dyscrasie (2). »

Bader, en 1864, a fait de nombreuses expériences à Guy's Hospital (Londres), mais sans succès.

En Belgique, en 1844, les défenseurs de cette méthode furent MM. Hairion et Fallot, qui citent de nombreux cas de guérison. Dans la même année, Van Rosbrœck (de Gand), sur 100 cas, ne compte pas de revers.

En 1854, M. Warlomont publia sur ce sujet un important travail avec des preuves à l'appui (3).

Pendant que cette méthode était appliquée dans presque tous les pays des deux mondes, en France elle semblait ignorée, ou, tout au moins, on envisageait avec défiance cette thérapeutique hardie et, nous n'hésitons pas à dire, dangereuse dans beaucoup de cas.

L'année même où M. Warlomont publia son travail, en France, M. Desmarres père fit connaître le résultat de ses

(1) Warlomont. Dictionnaire encyclopédique de science médicale. T. XV, art. Ophthalmie.

(2) Mackenzie. Loco cit.

(3) Annales d'oculistique. T. XXX, p. 7.

tentatives. M. Rivaud-Landrau (de Lyon) avait obtenu aussi de bons résultats. Puis, en France, jusqu'en 1873, il n'en fut plus question, époque où M. Léon Bruère (du Havre) cite 5 cas de guérison. — En 1878, M. le professeur Panas communiqua à la Société de chirurgie de Paris deux cas graves de pannus granuleux guéris par l'inoculation blennorrhagique.

M. le Dr Abadie disait, dans son livre : « Cette méthode de traitement ajoui d'une grande faveur en Belgique et en Angleterre et remporta des succès ; mais de graves revers survenus plus tard par le fait d'une inflammation trop violente la firent tomber en discrédit (1). »

Cet auteur a répété les expériences en 1882, et voici quelle est sa conclusion :

« Les deux premiers malades que je vis inoculer dans les hôpitaux de Paris subirent la destruction complète des deux cornées... Tout le monde s'accorde à reconnaître l'efficacité du procédé de l'inoculation, mais, par contre, son application est restreinte à un très petit nombre de cas.

« Pour si minutieuses, en effet, que soient les précautions prises, et pour si active que soit la surveillance, l'œil sain risque toujours fort d'être condamné (2). »

MM. de Wecker, Galezowski et, en Allemagne, de Graefe, s'élèvent contre cette méthode, comme dangereuse très souvent pour la vision.

Nous ne pouvons pas laisser sous silence l'opinion de MM. Follin et Duplay. Voici comment ils s'expriment sur le traitement des granulations par l'inoculation blennorrhagique :

« Toutefois si l'on réfléchit au danger de susciter une

(1) Abadie Traité des maladies des yeux, 1877-78, p. 141.
(2) Annales d'oculistique. Mai et juin 1882, p. 227 et 232.

ophthalmie purulente dans un œil déjà malade, complications cornéennes qui en sont la conséquence, pour peu qu'il existe un chémosis considérable...., on se montrera très réservé dans l'emploi de cette méthode. Pour nous, nous n'osons la conseiller ni même la recommander comme moyen exceptionnel (1). »

B. *Traitement jéquirityque.*

« La vie arrête la vie qui lui est étrangère. »

PASTEUR.

Le traitement de l'ophthalmie granuleuse (trachome) par le jéquirity est en étude à l'époque actuelle. Malgré des expériences nombreuses faites sur l'action thérapeutique de ce médicament, on ne peut pas encore faire une conclusion favorable,

M. le professeur Panas, au Congrès de la Société française d'ophthalmologie, s'exprime de la façon suivante :

« Dans mon opinion, cette question du jéquirity est encore en instance (2). »

Presque tous les expérimentateurs sont d'accord que le jéquirity produit une ophthalmie purulente factice ; plus que moitié d'entre eux affirment que cette ophthalmie provoquée par le jéquirity guérit les granulations et leurs complications.

(1) Follin et Duplay. Traité élémentaire de pathologie externe. T. IV, p. 301.
(2) Séance du 28 janvier 1884.

Quel est le principe dans le jequirity qui produit cette inflammation purulente? Telle était la question de M. *de Wecker* lorsqu'il s'est adressé à M. *Sattler*.

Et, d'après les expériences de M. Sattler, ce serait le microbe spécial qui se développe dans la macération jéquirityque et qui produit cette violente inflammation de la conjonctive. En outre, M. Sattler dit avoir isolé un microbe spécifique qui provoque les granulations et que l'on peut trouver toujours dans les granulations vraies. Il dit ensuite, et c'est le point principal, que le microbe jéquirityque tue le microbe granuleux, en partant d'un principe de M. Pasteur que « *la vie arrête la vie qui lui est étrangère* ».

On ne peut pas nier l'existence de micrococcus dans le jéquirity surtout après la démonstration microscopique éclatante de M. le professeur Cornil avec M. le Dr Berlioz. Mais la question d'un intérêt capital est celle-ci :

1° Est-ce le microbe jéquirityque qui provoque l'ophthalmie purulente ?

2° Est-ce le microbe jéquiritique qui tue le microbe granuleux et guérit, par conséquent, les granulations ?

Nous venons de dire que M. Sattler s'est prononcé en faveur des deux opinions ; et nous pouvons ajouter que M. de Wecker et beaucoup d'autres ont accepté cette manière de voir.

Mais, d'un autre côté, nous voyons des savants très distingués et très compétents dans la question, qui ne sont pas d'accord avec cette dernière opinion. M. le professeur Vennman (de Louvain) a présenté au Congrès de la Société française d'ophthalmologie (séance du 28 janvier 1884) un principe du jéquirity qu'il a isolé sous forme d'un ferment et il prétend que c'est ce ferment qui agit chimiquement et produit l'ophthalmie purulente et non pas les microbes jéquirityques.

Dans un discours de M. le professeur Panas, au même Congrès, nous trouvons l'idée suivante :

« Le jéquirity agissant surtout comme moyen inflammant, je me suis posé la question de savoir si l'on ne pourrait pas le considérer comme le type d'un groupe de médicaments, agissant de la même manière, mais à des degrés divers, pour provoquer l'inflammation de la conjonctive. Dès lors ce n'est plus une substance, mais une série de substances que nous aurions à notre disposition pour combattre les diverses variétés de l'ophthalmie granuleuse, et peut-être trouverions-nous que chacune d'elles est applicable d'une manière spéciale à telle ou telle de ses variétés. » M. Panas dit ensuite qu'il a expérimenté l'érytrophléïne, qui lui a donné des résultats analogues à ceux qu'il obtenait avec le jéquirity.

Pour notre compte, nous nous contenterons de faire un tableau synoptique plus ou moins complet des succès ou des insuccès obtenus par le traitement jéquirityque.

Succès.	Insuccès.
1° Le jéquirity, médicament populaire au Brésil (au Ceara et au Piauhy), est employé, d'après le Dr *Mura-Brazil*, depuis bien des années, pour combattre la conjonctivite ganuleuse aiguë et chronique.	1° M. le Dr *Castro* e Silva, du Ceara, a publié, en 1867, sur l'emploi du jéquirity, un mémoire où il parle des dangers auxquels expose l'application de cette substance et avoue de vrais désastres, par suite de l'excessive violence de la réaction provoquée par le jéquirity.
2° M. le Dr *de Wecker*, au mois d'août 1882, communiqua à l'Académie des sciences de Paris, une note sur le jéquirity. Ensuite il rapporta quatre observations dans les Annales d'occulistique (juillet-août 1882), et il fit connaître en même temps des conclusions favorables.	2e Au mois de mars 1883, M. Deneffe, de Gand, présente à l'Académie de médecine de Belgique, le relevé des insuccès obtenus. Il dit : « Au point de vue thérapeutique, et c'est le point capital, *l'inflammation jéquirityque ne nous a donné* aucun résultat.

Succès.	Insuccès.
3° A la fin d'octobre 1882, M. le Dr Mura-Brazil, de Rio-Janeiro, publiait dans les Annales d'oculistique (novembre et décembre), un mémoire qu'il adressait en même temps à la Société de chirurgie (Traitement de la conjonctivite granuleuse aiguë et chronique par l'arbrus precatorius-jequirity) (1).	3° M. *Librecht* (de Gand) est arrivé aux mêmes conclusions que M. Deneffe.
	En Italie nous n'avons presque que des insuccès. Les auteurs qui ont eu des résultats négatifs sont :
4° Au mois de juillet-août (Annales d'oculistique), M. Warlomont annonce des succès obtenus par l'emploi du jéquirity.	4° Le Dr *Ponti*, de Parme.
5° Le Dr Alcon, en Espagne, relate de bons effets obtenus sur 37 granuleux soumis au jéquirity.	5° M. Mazza, de Gênes, sur 30 observations, a obtenu dans 5 cas une amélioration ; dans 20 cas l'effet fut nul (1).
6° En Angleterre, M. le Dr Brailey, chirurgien de Guy's Hospital, à Londres, a obtenu une amélioration notable sur trois enfants granuleux, traités par le jéquirity.	6° Paggi, de Florence.
7° M. *Gillet de Grandmont* a obtenu des résultats favorables sur trois cas de trachomes anciens.	7° *Lainati* et *Nicolini*, de Milan, n'ont pas été plus heureux que leurs compatriotes.
8° M. le Dr Terson, de Toulouse, dans un mémoire lu à la Société de médecine de Toulouse, dit que « le meilleur remède que l'on ait à opposer aujourd'hui à l'ophthalmie granuleuse, dès le début comme dans la plupart des cas les plus compliqués, est le jéquirity ; il faut donc vulgariser l'emploi de ce moyen (2). »	8° M. le professeur *Manfred*, de Modène, outre un insuccès complet, a eu deux graves accidents : dans un, une cornée détruite entièrement ; dans l'autre, perte d'un œil par opacité cornéenne totale, à la suite d'une seule insufflation de poudre de semences de jéquirity.
9° Le Dr *Aimé Bernard*, dans sa thèse faite sous l'inspiration de M. Terson, dit que « le trachome accompagné de pannus plus ou moins épais, et d'ulcérations plus ou moins profondes, est très souvent	9° En Espagne, le Dr *Osio* communique, le 23 janvier 1883, ses trois échecs à l'Académie médico-chirurgicale de Madrid, où l'un des trois malades a eu une perforation de la cornée ; un autre une opacifi-

(1) Dr Chauzeix. Thèse de Paris, décembre 1883.
(2) Ibidem.

(1) Recueil d'ophthalmologie, juillet 1883, p. 435.

Succès.	Insuccès
guéri avec toutes ses complications par l'emploi du jéquirity (1). »	cation très notable de cette membrane.
10° M. *Tachard*, médecin-major de 1re classe, a publié dans les Archives de médecine et de pharmacie militaire, dix observations de malades traités par le jéquirity, et il se prononce en faveur de ce dernier. Il y a un point intéressant dans le travail de M. Tachard, sur lequel nous sommes obligé d'attirer l'attention. C'est que cet auteur dit qu'entre dix malades qu'il a observés : « deux d'entre eux avaient déjà perdu un œil et les huit autres présentaient dans les culs-de-sac conjonctivaux, des granulations rebelles et en apparence indestructibles. »	10° En Allemagne, M. Voissius, de Königsberg, a obtenu des résultats négatifs, non seulement au point de vue thérapeutique, mais aussi à celui de la production d'une ophthalmie jéquirityque (1).
11° M. *Crossemann*, médecin-oculiste de l'hôpital Saint-Jean, à Buda-Pest, s'étonne que le fait du jéquirity, produisant une ophthalmie croupale, ait rencontré de nombreux négateurs.	11° M. le professeur *Terrier* a eu à constater tout d'abord une aggravation au lieu d'une amélioration. Il a expérimenté dans son service de l'hôpital Saint-Antoine l'infusion des graines de jéquirity, en lotions, trois fois par jour, pendant trois jours, et il a constaté une inflammation intense de la conjonctive avec apparition de membranes diphthéroïdes, un trouble et une vascularisation de la cornée ; mais ces phénomènes, après avoir disparu peu à peu, ont laissé les granulations dans le même état qu'avant les applications de jéquirity (1).
12° M. A. Foucher de Montréal, Canada, en s'appuyant sur des observations nombreuses, fait une statistique de guérison par le jéquirity et se prononce en faveur de ce médicament.	12° M. Gaspard Bordet a fait une thèse sous l'inspiration de M. le professeur Gayet, de Lyon, où il donne trente observations ; *aucun jéquiritysé n'a été guéri.*
13° M. le professeur *Bussinelli*, de	13° MM. les Drs *Galezowski* et *Pa-*

(1) Thèse de Bordeaux, 1883, p. 79. Toulouse.

(1) Annales d'oculistique. Julllet-août 1883.

(2) Société de chirurgie, séance du 13 décembre 1882.

Succès.	Insuccès.
Rome : sur six malades soumis au traitement du macéré jéquirityque, cinq offrirent une amélioration prompte.	*risotti* ont expérimenté sur trois cas de vraies granulations et ils n'ont obtenu qu'un triple échec. Leur conclusion est la suivante : « Le résultat définitif, chez nos trois malades, était nul au bout de six semaines (1). »
14° Au mois de novembre 1883, M. le Dr Carrette fait une thèse sous l'inspiration de M. Dujardin, sur l'emploi du jéquirity et du pus blennorrhagique contre l'ophthalmie granuleuse, et il se prononce en faveur de ces deux médicaments en relatant un assez grand nombre d'observations.	14° M. le professeur Badal, de Bordeaux, a fait des expériences sur dix malades, et il est arrivé à la conclusion suivante : « Chez nos granuleux, quelques résultats ont été assez satisfaisants, quelques autres négatifs, d'autres enfin mauvais ; mais il n'existe pas d'action spéciale, à proprement parler. Puis, M. Badal a expérimenté avec une solution de cantharide au millième dans l'éther acétique, mais comme il a eu trop de vésication, il a préféré une solution au centième dans de la glycérine, et il dit : « J'ai obtenu avec cette dernière formule les mêmes effets qu'avec le jéquirity (2). »
15° A la fin de décembre dernier, M. le Dr Chauzeix, dans sa thèse inaugurale, faite sous l'inspiration de M. de Wecker, publie de nombreuses observations et il conclut en faveur du jéquirity, non seulement dans les granulations, mais encore dans le traitement du pannus scrofuleux, des abcès et ulcères de même nature, de la cornée.	15° En Russie, M. le professeur *Adamuek*, de Kasan, s'est servi du jéquirity sans arriver à aucun résultat (3).
16° M. Coppez, de Bruxelles (1), a expérimenté le jéquirity sur 140 cas de granulations, et il a eu 78 guérisons. Il dit encore que le jéquirity réussira dans la conjonctivite folliculaire, ce qui est tout à fait opposé aux idées de M. de Wecker, qui dit	16° Parmi les auteurs, en Italie, qui se sont occupés de la question du jéquirity, M. le Dr *Fortunati* a pu recueillir 140 cas dans lesquels ce traitement a été employé. Et en analysant ces cas nombreux, on voit que si l'ophthalmie jéquirityque a pu donner un

(1) Congrès de la Société française d'ophthalmologie. Séance du 28 janvier 1884.

(1) Recueil d'ophthalmologie, juillet 1883.
(2) Ibidem, août 1883, p. 437.
(3) Vratch. 1883. T. IV.

Succès.	Insuccès.
que le jéquirity est nuisible pour les granulations fausses : folliculaires ou papillaires. M. Coppez dit ensuite qu'il a eu quelques cas de complication érysipélateuse produite par le jéquirity, qui n'ont eu aucun danger. Mais ce qui est plus curieux, c'est d'avoir guéri, sur un enfant granuleux, outre les granulations, l'ozène et les inflammations des voies lacrymales.	petit nombre de résultats favorables sur les altérations cornéennes, elle a été absolument inefficace sur les granulations.

De tout ce que nous venons de dire, il résulte :

Que ni les discussions du Congrès d'Heidelberg, ni les discussions des différentes Académies et des Sociétés savantes de tous les pays, ni enfin le *Congrès dernier* de Paris ne sont arrivés à aucune conclusion définitive sur le jéquirity.

Mais, pour en finir avec notre historique, nous poserons aux partisans du jéquirity deux questions, qui n'ont pas encore été soulevées dans la presse :

1° Si la cause des granulations est le microbe spécial, et si le microbe jéquirityque tue le microbe granuleux, pourquoi le jéquirity ne guérit-il pas toutes les formes de granulations vraies et dans toutes les périodes ?

2° Comment expliquer ces contradictions entre les auteurs partisans du traitement jéquirityque; comment se fait-il que les uns (Wecker et Warlomont) nient les granulations vraies des culs-de-sac, tandis que les autres (Tachard) guérissent les trachomes rebelles et graves siégeant dans les culs-de-sac conjonctivaux ?

CHAPITRE II

MARCHE. — DURÉE. — TERMINAISON.

A. Marche. — La conjonctivite granuleuse est une maladie à marche essentiellement chronique.

« La première phase de la maladie reste souvent inaperçue, la conjonctive bulbaire n'étant pas injectée, » disent MM. de Wecker et Landolt (1).

En Egypte et en Algérie, les pays originaires, berceau pour ainsi dire de cette maladie, elle peut exister pendant des années sans forcer les malades à aller consulter le médecin.

M. le Dr Cuignet, qui l'avait bien étudiée sur place, s'exprime ainsi : « Nous avons vu qu'elle peut exister sans presque révéler sa présence par des signes morbides (2). »

La preuve la plus éclatante que cette maladie peut marcher sans être connue est que, dans les pays précités, tous les habitants, ou presque tous, sont atteints sans le savoir. M. Cuignet, étant en Afrique, eut la patience d'examiner les paupières de tous les habitants, en commençant par les indigènes et finissant par toutes les nations immigrées ; et il a trouvé les granulations chez tous. Peut-être abusons-nous des citations, mais qu'on nous pardonne : nous ne pouvons pas laisser sous silence un remarquable passage du travail de M. Cuignet. Voici ce passage, que nous croyons très concluant à ce sujet :

(1) Traité complet d'ophthalmologie, 1880. T. I, p. 369.
(2) Cuignet. Ophthalmie d'Algérie, 1872, 1re partie, p. 30.

« J'ai reçu dix mille malades en cinq ans et demi à ma consultation : des Arabes, des Kabyles, des Berbères, des Oasis, des Maures, des Israëlites, des Maltais, Italiens, Mahonais, Espagnols, Marocains, Tunisiens, Allemands et Français ; j'ai visité une partie des villes de la province ; j'ai fouillé les douars et les villages arabes, les marchés indigènes, les écoles d'enfants des deux sexes, les cafés, où les adultes s'entassent, les huttes, où les femmes et les filles restent ; j'ai retroussé des milliers de paupières, quelquefois par trois ou quatre cents en un seul jour, dans une course d'exploration ; partout et toujours, en tous lieux, sur toutes les races, à tout âge, chez les deux sexes, j'ai rencontré la granulation, l'ophthalmie granuleuse avec ses caractères le plus tranchés, les plus indiscutables (1). »

Notre savant maître et éminent praticien, M. Galezowski, affirme, de son côté, qu'il a observé la même chose. Il dit qu'il existe des formes de granulations qui peuvent rester parfaitement inconnues pour le médecin aussi bien que pour les malades eux-mêmes, et guérir spontanément sans aucune intervention.

M. Galezowski raconte souvent à ses élèves qu'il a observé fréquemment des formes de granulations qui ne sont pas traitables si l'on peut ainsi dire ; des formes que l'on peut appeler *noli me tangere* en ce qui concerne leur traitement. Tout traitement, même le plus anodin, peut aggraver la maladie au lieu de la guérir.

M. le Dr Brachet, médecin-major de la garde républicaine de Paris, nous disait, il y a quelque temps, avoir observé des cas pareils. Il disait qu'il y a des granulations qui ne se traitent pas, qu'il y en a d'autres qui cèdent très facilement et très rapidement aux traitements appropriés, que d'autres enfin durent pendant toute la vie.

(1) Loc. cit., p. 27.

Beaucoup d'auteurs divisent les granulations suivant leur marche et leurs symptômes en deux formes : les granulations aiguës et les granulations chroniques. Il y a plus de trente ans que M. le professeur Thiry s'est élevé contre cette manière de faire. Cet auteur, dans son remarquable travail sur les granulations, dit « qu'il n'existe pas des granulations aiguës et chroniques, vu que ces qualifications semblent plutôt se rapporter à l'intensité des symptômes phlegmasiques qui les accompagnent qu'à la granulation même (1). »

MM. de Wecker et Landolt réfutent formellement cette manière de voir en disant: « Cette marche, qui jure avec le caractère pathologique essentiel de la granulation comme néoplasie destructive, n'existe pas (2). »

Ils disent ensuite que les granulations ayant une marche chronique sont parfois interrompues par des poussées inflammatoires qui sont plutôt destructives que productives pour la néoplasie (3).

B. Durée. — Préciser la durée de cette redoutable maladie serait illogique, d'après ce que nous avons dit de sa marche. M. le professeur Gosselin fixe le minimum de durée *à deux ou trois mois* (4).

Il nous semble que c'est un peu théorique, car nous avons déjà dit que les malades ne se présentent jamais à la consultation au commencement de leur maladie, n'ayant pas de troubles visuels. Ils sont donc porteurs de granulations plusieurs mois ou même plusieurs années avant de consulter le médecin. (Obs. IV, V, VI.)

(1) Annales d'oculistique, 1849. T. XXI, p. 121.
(2) Traité complet d'opgthalmologie, 1880. T. I, p. 367.
(3) Loc. cit., p. 368.
(4) Nouveau dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques. T. V, p. 263.

Dans les pays chauds, notamment en Algérie et en Egypte, il y a des malades qui portent des granulations pendant 10, 20, 30 ans, même pendant toute la vie, et qui ne se plaignent pas trop. Ce sont des malades qu'on appelle « les vieux granuleux ». Mais, malheureusement, le plus souvent la maladie, après avoir duré un temps plus ou moins long, amène la destruction de l'organe, la perte de la vision.

C. Terminaison. — Les granulations conjonctivales peuvent-elles se terminer par une guérison complète?

A cette question nous pouvons répondre par une affirmation, vu notre exposé sur la marche de la maladie :

« Abandonnées à elles-mêmes, les granulations n'ont qu'une très faible tendance à guérir spontanément », disent MM. Follin et Duplay (1).

Nous avons déjà exposé les opinions des auteurs les plus compétents sur cette question et nous ne reviendrons plus là-dessus. Cependant nous croyons qu'il ne sera pas inutile de résumer ici ce que nous avons dit.

Il résulte donc de ce qui précède sur la marche de la maladie :

1) Que les granulations peuvent se terminer par guérison spontanée, sans aucune intervention médicale et sans entraîner aucune conséquence fâcheuse ;

2) Qu'elles peuvent être guéries complètement par une intervention médico-chirurgicale, en laissant de plus ou moins grandes cicatrices conjonctivales, une plus ou moins grande gêne fonctionnelle de la vision ;

3) Qu'elles peuvent laisser sur la cornée des cicatrices

(1) Traité élémentaire de pathologie externe. T. IV, p. 296.

très variables, depuis une simple nébulosité, jusqu'à une grande cicatrice totale de la cornée : albugo ou leucoma ;

4) Qu'elles peuvent produire les complications les plus graves sur la paupière entière ;

5) Qu'elles peuvent provoquer, dans les voies lacrymales, des inflammations, des obstructions, des déviations ;

6) Dans quelques cas elles peuvent se terminer par iritis, irido-cyclite ou irido-cyclo-choroïdite, par la phthisie du globe de l'œil et par conséquent par la perte de la vision.

CHAPITRE III

COMPLICATIONS ET CONSÉQUENCES.

Les complications qui peuvent survenir pendant la marche d'une conjonctivite granuleuse (trachome) sont très nombreuses et souvent excessivement graves. Presque toutes les parties de l'œil peuvent être attaquées. Commençant par la conjonctive palpébrale et finissant par la plus profonde des membranes de l'œil-choroïde, toutes les autres parties peuvent être désorganisées à la longue et la perte de la vision peut être le résultat final de ces complications.

Nous commencerons notre exposé des complications et de leurs conséquences par ordre de succession. Nous commencerons donc par la muqueuse palpébrale et nous finirons par le résultat ultime de granulations, par la *xérophthalmie*. Mais, avant tout, nous ferons un petit tableau de tout ce qui peut se passer dans l'œil pendant cette maladie.

1. *Muqueuse oculaire* (*conjonctive*). — Poussées inflammatoires. Hypersécrétion. Tuméfaction. Dégénérescence régressive, cicatrices. Symblépharon. Ankyloblépharon.

2. *Paupière*. — Blépharite glandulo-ciliaire; trichiasis Eczéma de la paupière. Infiltration et dégénération du cartilage tarse. Entropion et ectropion. Blépharo-phymosis.

3. *Cornée.* — Kératite ulcéreuse. Abcès de la cornée. Kératocèle. Perforation de la cornée. Vascularisation de la cornée (pannus). Astigmatisme. Atrophie de la cornée. Hypertrophie ou ectasie de la cornée.

4. *Voies lacrymales.* Engorgement et hypertrophie de la glande lacrymale; puis atrophie de la même glande. Disparition des conduits excréteurs. Déviation, rétrécissement et obstruction des points et des canaux lacrymaux. Dacryocystite. Obstruction du canal nasal.

5. *Iris, corps ciliaire et choroïde.* — Iritis. Irido cyclo-choroïdite. Perte de la vision.

6. *Cristalloïde antérieure et cristallin.* — Opacités de la cristalloïde. Trouble de nutrition et opacités consécutives du cristallin.

7. *Xérophthalmie* comme conséquence ultime des granulations.

1. Muqueuse oculaire (*conjonctive*). — Toute la conjonctive peut être recouverte par des granulations. Mais il existe une région de la muqueuse palpébrale qui est spécialement prédisposée à être atteinte à cause de sa structure; nous voulons parler du cul-de-sac conjonctival. Car c'est là où la muqueuse est plus lâche, c'est là où les glandes acineuses et les follicules clos sont situés (C. Krause, Sappey, W. Krause). C'est la région principale, le lieu d'élection pour ainsi dire, où les granulations s'implantent et restent le plus longtemps à l'abri de tous les agents thérapeutiques. Ce sont donc les replis palpébro-bulbaires de la muqueuse oculaire, ce sont les culs-de-sac conjonctivaux, particulièrement les culs-de-sac supérieurs. Presque tous les auteurs sont d'accord là-dessus. Nous pou-

vons ajouter de notre part, sans hésitation, que *c'est un foyer de contagion qui entretient le mal et provoque ultérieurement toutes les misères de l'organe de la vision.*

Cela dit, nous allons voir maintenant quelles sont les complications qui peuvent être causées par le développement de cette néoplasie dans la muqueuse palpébrale.

Les granulations une fois implantées sur la muqueuse palpébrale parcourent toutes les phases de leur évolution : la phase de développement, la phase du *statu quo* ou d'état et la phase de régression, qui est essentiellement la phase de cicatrisation.

M. Cuignet dit : « D'une manière générale on peut dire que chaque granulation a une destinée toute réglée, qu'elle naît, si petite qu'on ne l'aperçoit pas au début, puis se développe, et, ou bien s'enflamme, s'abcède et se détruit en laissant une cicatrice, ou bien s'atrophie et s'efface en laissant encore à sa place un peu de tissu fibroïde (1) ».

Pendant le développement, les granulations commencent à produire des irritations plus ou moins grandes. Les conséquences de ces irritations sont les poussées inflammatoires fréquentes, à la suite desquelles surviennent l'hypersécrétion, le larmoiement et la tuméfaction de la muqueuse. Puis, la conjonctive subit à la longue, petit à petit, une infiltration et la dégénérescence progressive. Et, à la suite de cette répétition de poussées inflammatoires, à la suite de l'infiltration granuleuse et de la gêne de la circulation, la conjonctive se désorganise, se rétracte et se transforme en un tissu cicatriciel ou fibreux (2).

Si les granulations étaient soignées à temps et convenablement, si elles étaient une fois guéries dans toutes les

(1) Ophthalmie d'Algérie, 1872. 2e partie, p. 12.
(2) Galezowski, Traité des maladies des yeux, 1875, p. 120.

régions de la conjonctive, dans les culs-de-sac aussi bien que sur la partie tarsienne, les phénomènes de dégénération, de cicatrisation et de rétraction ne seraient pas trop accusés et les conséquences seraient de peu d'importance. Mais, malheureusement, dans un grand nombre de cas, il n'en est pas ainsi.

Voici ce qui se passe le plus ordinairement :

Les malades sont forcés, par une poussée inflammatoire du côté de la conjonctive et par de petits troubles visuels, de s'adresser au secours médical. Ils sont soignés pendant un temps plus ou moins variable, jusqu'à ce que les symptômes fonctionnels disparaissent plus ou moins, ou même que les granulations de la partie tarsienne guérissent ; puis ils abandonnent la clinique et le médecin. Ils se croient guéris et ils passent comme cela un mois, trois mois, six mois, un an et davantage, comme plusieurs de nos observations le prouvent (obs. VII, par exemple) ; puis les phénomènes gênants recommencent, les souffrances s'aggravent et les malades se présentent de nouveau à la consultation. Là on retrousse les paupières et on les voit farcies de granulations.

On pourrait se demander pourquoi les granulations récidivent ainsi. Y a-t-il eu une contagion nouvelle, venue de l'extérieur ? A cette question, nous pouvons répondre que dans la grande majorité de cas, pour ne pas dire *toujours*, il y a eu une auto-contagion. Or, les granulations de la partie tarsienne étaient guéries, mais celles du cul-de-sac conjonctival sont restées intactes. Donc, le foyer de contagion, l'épine, est restée, qui ne tarde pas à contagionner de nouveau non seulement la partie tarsienne de la paupière supérieure, mais encore la conjonctive entière de la paupière inférieure.

Voilà où est la cause de cette intermittence de la maladie, qui, à chaque poussée inflammatoire subaiguë, provoque des désordres progressifs dans la conjonctive. Et lorsqu'à un moment donné a eu lieu une poussée considérable des granulations répandues sur toute la conjonctive, que les productions néoplasiques envahissent toute l'épaisseur de la conjonctive et que la circatrisation est arrivée à son terme, la conjonctive tout entière finit par se transformer en une bandelette cicatricielle.

Alors, il n'y a plus de glandes conjonctivales, il n'y a plus d'ouverture des glandes meibomiennes ni de la glande lacrymale, en un mot : *il n'y a plus de sécrétion.*

On observe souvent qu'à force de durée de la maladie, à force de répétitions inflammatoires et la dégénérescence consécutive, une première bride cicatricielle se montre le plus souvent à la partie interne, mais elle peut se produire à la partie externe et moyenne, bride qui va directement du feuillet palpébral au feuillet bulbaire de la muqueuse, quelquefois du bord libre de la paupière jusqu'à la cornée. Cette bride est désignée sous le nom de *symblépharien.* Il est partiel s'il se montre seulement à la partie externe, interne ou moyenne; il est généralisé, s'il envahit la muqueuse entière. Si la muqueuse entière se transforme en cicatrice, si les culs-de-sac disparaissent et si les deux feuillets adhèrent complètement entre eux, les bords libres compris, on a affaire à une ankylose des paupières — ankyloblépharon, qui est rare, il est vrai. (Obs. 1.)

2° Paupières. — Les tissus des couches profondes des paupières subissent aussi des altérations importantes. Il se développe dans le tarse des foyers de cellules graisseuses. Les glandes meibonniennes s'atrophient, devien-

nent le siège d'infarctus, et, à mesure que les parties dégénérées se résorbent, le tarse se ratatine et montre une déformation de plus en plus accusée. Il se produit donc à la longue un travail de régression et de rétraction, pendant lequel il change de courbure, devient irrégulier, bosselé et tordu. Mais ce n'est pas tout. Cette désorganisation du tarse peut aller jusqu'à le faire disparaître complètement, en le réduisant à une bandelette arrondie de très peu d'épaisseur, se confondant avec les cicatrices conjonctivales (1).

A la suite, et simultanément pour ainsi dire, de ces altérations du cartilage tarse, dont le supérieur devient principalement le siège, il s'opère un déplacement et un affaissement du bord tranchant qui a pour conséquence une déviation des follicules pileux et les déplacement des cils. Donc, le bord libre de la paupière peut être entraîné dans un sens ou dans un autre et déterminer les complications connues sous le nom de *trichiasis* et *distichiasis*.

Dans d'autres cas, les bulbes ciliaires s'enflamment et donnent lieu à une *blépharite ciliaire*. Le bord libre se gonfle, s'arrondit et tend à basculer, à se renverser légèrement en dehors, d'où l'*ectropion*. Dans d'autre cas, par suite de processus, de régression et de rétraction que subissent le tarse, la conjonctive et les autres tissus de la paupière, la fente palpébrale se rétrécit et produit un *phymosis* palpébral. Dans ces cas-là, la paupière tend à s'incliner en dedans, d'où résulte l'*entropion*.

3° Cornée. — « C'est par la cornée que débute cette nouvelle série des misères, dit M. Cuignet (1). Une fois cette

(1) Galezowski. Traité des maladies des yeux, 1875, p. 210.
(2) Ophthalmie d'Algérie, 1872. 2e partie, p. 120.

membrane atteinte, altérée, on ne sait plus ni où ni quand s'arrêtera l'envahissement devenu fatalement progressif. Ce n'est plus la granulation qui s'étend et gagne la profondeur; ce sont des complications qui se déroulent sur les organes, tous solidaires les uns des autres. Dès que la cornée se prend, tous les nerfs de la cinquième paire sonnent un carillon douloureux; l'iris menace d'être en scène. »

En effet, la première complication sérieuse qui menace la vision et qui attire une attention particulière et du malade et du médecin, c'est l'envahissement de la cornée, c'est la *kératite*. Cette kératite peut varier depuis un simple dépolissement de la cornée, d'une chute d'épithélium, en passant par tous les degrés d'altération, jusqu'à la destruction complète de cet organe.

Ces complications de la cornée s'expliquent très aisément. C'est comme si nous avions à faire à un corps étranger planté dans la conjonctive de la paupière, surtout supérieure. Nous disons supérieure, parce que nous savons que c'est là où l'épine persiste le plus longtemps.

Par suite des frottements des granulations, ces corps étrangers sur le globe oculaire, notamment sur la cornée, pendant les mouvements de l'œil et des paupières, l'épithélium de la cornée finit par s'enlever. Quelquefois, très longtemps, la lésion consiste en cette simple chute d'épithélium. C'est alors qu'on constate souvent les phénomènes fonctionnels : la photophobie, la blépharospasme, l'injection légère péri-kératique rayonnée, le larmoiement léger et les petits troubles de la vision.

Mais très souvent, pour ne pas dire fatalement, des altérations plus graves ne tardent pas à se déclarer. Au lieu de la simple chute de l'épithélium, des facettes, puis des ulcérations se produisent. Et si les soins n'étaient pas donnés

à temps (quelquefois malgré tous les soins), des ulcérations, des abcès, le kératocèle, le staphylome, la perforation, des fistules de la cornée, et, malheureusement, la perte de la vue sont trop souvent le résultat des granulations de vieille date. (Obs. I.)

Par des irritations continuelles sur le globe oculaire, dont la cornée n'est pas exempte, les granulations provoquent à la longue une hypergénèse vasculaire. Les vaisseaux commencent insensiblement à se développer de la périphérie vers le centre de la cornée, et finissent par recouvrir entièrement la surface de cette membrane. C'est ce qu'on appelle le *pannus* ou *kératite panneuse.*

M. Cuignet explique la formation du pannus par le mécanisme suivant : « Qu'il n'y ait encore qu'une simple exfoliation épithéliale par macération ou par frottement de la surface kératique, ou que, peu après, des petites phlyctènes naissent et se multiplient, des vaisseaux ne tardent pas à accourir, de la conjonctive, du tissu cellulaire sous-conjonctival et de la sclérotique pour effectuer la réparation de toutes ces petites pertes de substance. C'est à la partie supérieure de la cornée qu'on voit ces phénomènes s'accomplir de préférence, c'est-à-dire là où la membrane est le plus exposée à l'extension de la phlegmasie granuleuse du cul-de-sac supérieur et de la paupière correspondante. Celle-ci, plus chargée en granulations et plus mobile que l'inférieure, opère, en outre, un frottement incessant sur le haut de la cornée par les mouvements étendus, rapides, dont elle est animée (1). »

La cornée peut être recouverte d'une vascularisation simple et ce sera un pannus vasculaire. Mais chaque vaisseau peut exsuder la matière plastique qui se range et se

(1) Loc. cit., p. 148.

condense tout autour de ses parois, de sorte que la surface de la cornée se recouvre peu à peu d'une sorte de couche nouvelle de teinte grise et vascularisée. C'est alors un pannus vasculo-exsudatif. Enfin, lorsque la surface de la cornée est ainsi revêtue d'une couche épaisse d'exsudats traversés par des vaisseaux, on voit parfois des granulations se former en saillies et s'épanouir sur la cornée, *principalement sur son segment supérieur* (1).

Mais, si les granulations de la conjonctive supérieure avaient été guéries et si celles de la conjonctive inférieure, le cul-de-sac compris, persistaient, le pannus pourrait se développer sur le segment inférieur seul de la cornée. (Obs. III.)

Nous ajouterons qu'à la suite des ulcérations et des abcès de la cornée, cette dernière, en guérissant, conserve très souvent des amincissements et des inégalités, d'où résulte l'*astigmatisme* irrégulier et des troubles visuels incorrigibles.

Dans les cas où il y a eu une destruction de la cornée par sphacèle ou abcès, il s'opère une rétraction cicatricielle qui a pour premier effet de diminuer la cornée dans ses diamètres, puis de l'aplatir. Elle s'amoindrit dans son étendue et dans sa courbure. Cette espèce d'*atrophie cornéenne* procure au malade une hypermétropie très accentuée, par suite du raccourcissement de l'axe antéro-postérieure de l'œil. (Obs. I.)

Au contraire, dans d'autres cas, la cornée acquiert un développement tel, dans tous les sens, que ses diamètres sont deux ou trois fois plus grands que dans l'état normal. C'est l'*hypertrophie* ou l'*ectasie* de la cornée. Elle vient à la suite d'une iritis, irido-cyclite ou irido-cyclo-choroïdite.

(1) Loc. cit., p. 149.

Mais les conséquences les plus fréquentes, après la guérison des granulations, sont les différents troubles de la cornée qui peuvent être depuis une simple nébulosité jusqu'à une cicatrice très épaisse, blanche, qui souvent adhère à l'iris — *leucoma adherent.* (Obs. X, XII, IV.)

4. Voies lacrymales. — Tout l'appareil lacrymal peut être atteint à la suite d'une ophthalmie granuleuse. Nous avons déjà dit ce que devient la muqueuse oculaire ; nous avons dit aussi ce que deviennent les glandes de Meibomius. Il nous reste maintenant à parler, en quelques mots seulement, de la glande lacrymale et de ses canaux sécréteurs; puis nous passerons aux complications des voies lacrymales proprement dites : méats et canaux lacrymaux, sac lacrymal et canal nasal.

A défaut de pièce anatomique, on ne peut pas dire grand chose sur les processus morbides qui se passent dans la glande lacrymale pendant la marche des granulations. Nous ne pouvons que supposer, qu'au début de la maladie, dans la phase des irritations fréquentes et des hypersécrétions des larmes, la glande peut s'engorger et s'hypertrophier; et qu'à la phase ultime des complications du côté de la conjonctive et du côté de la paupière, à la période de sécheresse oculaire, cette glande peut diminuer de volume en diminuant en sa fonction ; elle s'*atrophie.* Il est évident que pendant la destruction de la muqueuse et du cartilage tarse, les canaux excréteurs doivent être détruits.

Mais les complications plus évidentes et plus intéressantes se présentent du côté des méats et des canaux lacrymaux, ainsi que dans le sac lacrymal.

La muqueuse des méats lacrymaux externes est irritée constamment par la sécrétion des granulations. A la suite de cette irritation, la muqueuse s'enflamme, se tuméfie,

devient turgescente et épaisse. A cause de cette turgescence de la muqueuse, les méats montent au-dessus du niveau ordinaire et changent leurs rapports avec le sac lacrymal, et alors ils fonctionnent mal; les larmes ne sont pas entièrement absorbées. Une conséquence analogue peut se produire lorsque les granulations envahissent la muqueuse des méats.

Outre cela, les méats externes peuvent être déviés en dedans sous l'influence du spasme des muscles orbiculaires et de celui de Horner ou, en dehors, par un ectropion et le relâchement du muscle de Horner. Dans ce cas aussi, les larmes sont mal absorbées.

Dans la phase rétractile, les méats sont diminués de volume et enfoncés en godet. Alors ils n'accomplissent pas leurs fonctions, ils absorbent mal les larmes ou ils ne les absorbent pas du tout.

Les canaux lacrymaux peuvent être envahis par les granulations et ainsi obstrués complètement, d'abord par la néoplasie même, ensuite par les cicatrices dans la phase régressive.

Les complications du *sac lacrymal* doivent nous occuper après celles des canaux lacrymaux. Une fois les méats et les canaux envahis, obstrués ou détruits, le sac ne tarde pas à se prendre. Deux choses peuvent se présenter dans ce cas-là : ou il y a une simple inflammation du sac par propagation des premières voies lacrymales ou bien le sac est envahi par les granulations mêmes. Dans les deux cas, la paroi interne du sac s'engorge, s'enflamme et finit par produire une *dacryocystite purulente* ou tumeur lacrymale. Cette tumeur peut siéger au-dessus du tendon de l'orbiculaire ou, plus souvent, au-dessous; mais elle peut envahir le sac entier.

Lorsque cette inflammation du sac reste à l'état chroni-

que, le sac augmente peu à peu, et, à la longue, il peut atteindre une grosseur énorme, Mais, très souvent, il se produit d'un état aigu, et alors la tumeur donne lieu à un petit phlegmon de la région du sac qui s'abcède et laisse souvent la *fistule lacrymale*. En même temps que l'abcès s'ouvre par la peau, l'inflammation peut atteindre les os, produire de l'ostéite et de la nécrose qui sont très rebelles. L'abcès, en s'ouvrant par la peau, laisse souvent des cicatrices qui peuvent causer un ectropion cicatriciel très désagréable à la paupière inférieure.

Ces complications sont très fréquentes dans les pays où l'ophthalmie granuleuse existe toujours.

M. Cuignet (1) dit : « Que dans les pays où sévissent les granulations on observe beaucoup d'affections du sac lacrymal. A Alger, et pour toute l'Afrique, on peut dire que sur *dix* malades, il y en a *deux* au moins qui offrent, soit un commencement de tumeur lacrymale ou une tumeur confirmée, soit des fistules à répétition en cicatrices. C'est bien pis encore si l'on considère l'appareil lacrymal tout entier; on voit alors que sur dix malades, il y en a quatre ou cinq qui ont une obstruction des voies ou la tumeur. »

Enfin, le *canal nasal*, lui-même, peut être irrité, boursouflé, enflammé, ulcéré en plusieurs points, d'abord dans sa muqueuse, puis dans son périoste et dans les os qui forment ses parois. Il est même probable qu'il peut être envahi par les granulations. A la suite de tous ces processus morbides, le canal peut être rétréci ou complètement obstrué.

5. Iris, corps ciliaire, choroïde.— Nous avons dit que ces parties de l'œil peuvent être attaquées aussi.

(1) Ophthalmie d'Algérie, 1872. 2e partie, p. 12.

« A la suite d'une kératite granuleuse, l'iris peut s'enflammer (Galezowski). »

« Presque toujours l'iritis et l'obstruction de la pupille sont la conséquence d'abcès de la cornée, provoqués par les granulations (Cuignet) (1). »

Ordinairement l'iritis est plastique et elle laisse des synéchies postérieures et l'obstruction de la pupille. Mais il n'est pas rare d'observer l'iritis séreuse à la suite d'une kératite granuleuse. Pour M. Cuignet elle prend la forme séreuse dans plus d'un tiers de cas. Dans cette forme, il n'y a ni exsudat plastique ni synéchies postérieures. Quoi qu'il en soit ainsi, cette forme est plus dangereuse pour l'œil que toute autre; car l'inflammation peut s'approfondir, envahir le corps ciliaire et la choroïde et provoquer une irido-choroïdite grave, qui peut entraîner la cécité de la vision.

6. Cristalloïde antérieure et cristallin. — A la suite d'une iritis plastique et des synéchies postérieures multiples, les dépôts pigmentaires de l'uvéa peuvent adhérer à la surface de la cristalloïde et troubler le passage des rayons lumineux dans l'intérieur de l'œil. Ordinairement, elle ne s'altère pas dans sa constitution propre.

Du côté du *cristallin* on voit assez souvent des troubles dans les couches les plus extérieures, soit sous forme de stries obscures, de magma nuageux ou d'opacités ponctuées multiples, soit enfin sous forme d'une teinte grisâtre générale. Toutes ces modifications dans le tissu propre du cristallin, à la suite d'une ophthalmie granuleuse, sont dues à un trouble de nutrition, causée particulièrement par une irido-choroïdite survenue daus cette maladie.

(1) Loc. cit., p. 160.

7. La xérophthalmie est le résultat ultime de complications du côté des glandes lacrymales et de la muqueuse oculaire. Car, à la suite de la cicatrisation conjonctivale, à la suite des atrophies de la glande lacrymale et des glandes de Meibomius, les conduits excréteurs et leurs ouvertures sont obstrués. Il en résulte un défaut complet de sécrétion et d'humidité des membranes extérieures de l'œil. L'œil devient sec, rugueux, la cornée se dépolit, devient terne, les mouvements de l'œil deviennent douloureux.

CHAPITRE IV

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL DES GRANULATIONS VRAIES ET DES GRANULATIONS FAUSSES.

Il nous semble qu'il n'y a rien de plus difficile que d'établir un diagnostic bien net entre les granulations vraies et les granulations fausses. Tous les ophthalmologistes se sont occupés depuis bien longtemps de cette distinction qui partage encore aujourd'hui le monde médical.

A quoi tient cette difficulté ? Nous croyons qu'elle vient de ce que l'anatomie pathologique n'est pas encore suffisamment éclairée et, surtout, de ce qu'il y a une foule de formes cliniques de granulations, et un très petit nombre de formes types auxquelles on puisse les rapporter.

En 1850, M. le professeur Hairion (de Louvain) fit un mémoire (qui était lu dans la séance du 26 janvier 1850, à l'Académie royale de médecine de Belgique), dans lequel il divisa les granulations en :

1° Granulations vésiculeuses;
2° — papillaires;
3° — végétantes;
4° — inodulaire ou fibreuses.

De toutes ces formes des granulations, M. Hairion considère la première forme vésiculeuse comme vraie, néoplasique, propre à la conjonctive, sans analogue dans l'économie. Pour lui, ces granulations sont constituées par de petits kystes développés dans l'épaisseur de la conjonctive.

Il ajoute que le siège principal de cette espèce de granulations est la conjonctive palpébrale, surtout dans sa portion rétrotarsienne. Les trois autres formes sont le résultat plus ou moins immédiat de l'inflammation (1).

Après ce travail de M. Hairion, nous trouvons les granulations vésiculeuses décrites dans presque tous les auteurs. Cependant, quelques médecins nient complètement les vésicules telles que M. Hairion les a décrites. M. Cuignet dit n'en avoir jamais vu.

Vingt ans plus tard, en 1870, M. Hairion publia un autre travail, où il a développé et soutenu son opinion sur le diagnostic différentiel des granulations papillaires ou fausses et des granulations vésiculeuses vraies (trachome). Dans ce travail il a fait un tableau synoptique de ces deux formes des granulations, en se basant sur l'anatomie pathologique, macroscopique et microscopique, faite par lui-même (2).

M. le Dr Galezowski publia un travail, en 1874, sur les différentes formes des granulations. Il les divisa en deux formes principales : fausses et vraies ou néoplasiques. Il a classé les granulations fausses suivant les causes qui les produisent en :

1° Granulations fausses scrofuleuses ;
2° — — occasionnées par l'atropine ;
3° — — lacrymales ;
4° — — catarrhales.

Pour les granulations fausses, le traitement principal consiste dans la suppression des causes, et pour les granulations vraies ou néoplasiques il proposa l'excision du cul-de-sac conjonctival (3).

(1) Annales d'oculistique, 1850. T. XXIII, p. 109.
(2) Ibidem. 1870. T. 63, p. 1-39.
(3) Recueil d'ophthalmologie, 1874.

Les auteurs du « Handbuch für gesammte Augenheilkunde, » font le diagnostic différentiel suivant :

Les granulations vraies sont d'une forme arrondie, ayant à peu près 0,8 à 1 millimètre de diamètre; elles sont les plus nombreuses dans les culs-de-sac (am häufigsten dicht an der Uebergangsfalte).	Les follicules ont une forme ovale; ils sont rangés en traînées linéaires, suivant l'axe transversale parallèlement au cul-de-sac conjonctival.
Elles sont plus nombreuses sur la conjonctive *de la paupière supérieure.*	Les follicules se trouvent de préférence dans le cul-de-sac inférieur et la conjonctive tarsienne inférieure.

Mais la différence principale, pour ces auteurs, entre les granulations vraies et fausses (appelées par eux folliculeuses), est que *les follicules disparaissent sans laisser aucune trace sur la conjonctive, tandis que les granulations vraies laissent toujours des cicatrices sur la muqueuse palpébrale* (1).

En 1880, M. le Dr Warlomont donna dans le « Dictionnaire encyclopédique, article Ophthalmie, » un tableau synoptique du diagnostic différentiel des deux formes de granulations : *vraies* et fausses, que nous croyons très utile de reproduire ici.

(1) Graefe und Sæmisch. Handbuch fürgesammte Augenheilkunde, 1876, t. IV, p. 44.

DIAGNOSTIC DES PSEUDO-GRANULATIONS ET DES GAANULATIONS VRAIES (TRACHOME).

Granulations vraies.	Granulations fausses.
1° Elles reconnaissent pour ca use un principe contagieux spécifique (microbe), et ne sont jamais le produit de l'inflammation.	1° Elles sont toujours le résultat d'un processus inflammatoire.
2° Elles règnent endémiquement et se propagent par contagion miasmatique.	2° Elles ne se propagent pas par voie miasmatique, mais sont fréquemment accompagnées d'un produit de sécrétion, susceptible de donner lieu, par voie de contagion directe, à des inflammations conjonctivales capables d'engendrer des productions de même nature.
3° Elles se présentent tantôt sous la forme de sudamina (premier degré), tantôt sous celle des points blancs, gris ou jaunâtres répandu en îlots dans le tissu conjonctival.	3° Elles se présentent tantôt sous la forme sablée (premier degré, papilles), tantôt sous celle de petites éminences mamelonnées rosées ou d'un rouge pâle (premier degré, cellules lymphoïdes).
4° Arrivées à un certain développement, les saillies trachomateuses *s'arrondissent*; elles ont de 1/2 à 1 millimètre de diamètre et sont semisphériques à base large.	4° La papille, en s'hypertrophiant, s'allonge, la longueur dépasse sa largeur. La cellule lymphoïde a une forme plutôt ovalaire, à long axe couché.
5° Elles forment des élevures à pic, laissant entre elles des sillons profonds et pouvant atteindre de grandes dimensions.	5° Les papilles sont des villosités présentant entre elles des grandes inégalités de niveau. Les cellules lymphoïdes sont disposées en rangées linéaires se succédant de manière qu'entre deux lymphomes la conjonctive ne forme qu'une dépression peu accusée. Elles ne dépassent jamais une certaine dimension.
6° Elles offrent une teinte gris-jaunâtre ou rosée, deviennent diaphanes comme les lymphomes, mais sans que cette diaphanéité aille jamais jusqu'à une transparence complète. Elles conservent une teinte opaline plus tranchée.	6° Les papilles ont une teinte carminée, due à la richesse des vaisseaux; cette teinte ne va jamais jusqu'à la diaphanéité, alors même qu'elle s'est atténuée par un épaississement de la couche épithéliale. Les cellules lymphoïdes hypertrophiées, d'un gris rosâtre ou jaune,

Granulations vraies.	Granulations fausses.
	ne se colorent pas en rouge. Elles peuvent devenir complètement diaphanes.
7° Elles peuvent se développer sur toute la surface de la muqueuse, même sur le revêtement cornéen et sur son limbe conjonctival.	7° Ne se développent jamais sur le revêtement cornéen, où il n'y a ni papille, ni cellule lymphoïde, ni sur le limbe conjonctival.
8° Le trachome n'est séparé du reste de la conjonctive que par une enveloppe. Sa base est composée d'un stroma de tissu cellulaire qui, émanant du stroma conjonctival, va en diminuant, vers sa surface.	8° Le lymphome est séparé du reste de la conjonctive par une enveloppe. La papille est constituée par un faisceau de tissu cellulaire en pinceau, qui, entremêlé, va jusqu'à la couche épithéliale, laissant entre celle-ci et les traînées qui les forment, une petite quantité d'éléments lymphoïdes. Les éléments histologiques sont les mêmes que ceux du trachome, mais leur arrangement diffère.
9° Quand la cornée s'entreprend, c'est le pannus trachomateux qui se développe.	9° Quand la cornée s'entreprend, c'est l'ulcération et le ramollissement qui se produisent.
10° Elles ont une marche essentiellement chronique.	10° Elles ont une marche essentiellement aiguë.
11° Elles sont d'une grande opiniâtreté et exigent l'emploi prolongé d'agents appropriés.	11° Elles cèdent avec facilité au traitement convenable.
12° Elles ont une grande tendance à reparaître, même après avoir été complètement guéries, du moins en apparence.	12° Une fois guéries, elles n'ont nulle tendance à reparaître.
13° Elles laissent presque toujours des traces profondes et indélébiles dans la conjonctive.	13° Elles ne laissent après la guérison aucune trace dans la conjonctive.
14° Le trachome se résorbe et est remplacé par une cicatrice.	14° Les hypertrophies papillaires et les lymphomes disparaissent par résolution.

(1) Dictionnaire encyclopédique de science médicale, 1880. T. XV, p.750.

CHAPITRE V

TRAITEMENT DES GRANULATIONS PAR L'EXCISION DU CUL-DA-SAC CONJONCTIVAL.

Dans notre historique général du traitement nous n'avons fait que mentionner cette méthode. Nous l'avons réservée à dessein afin de la discuter dans ce chapitre spécial, qui est le sujet même de notre thèse.

C'est à M. Richet, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Paris, que revient l'honneur du principe de cette méthode, ainsi que de sa première application.

Après M. Richet, c'est M. le Dr Galezowski, surtout, qui l'a bien étudiée et largement appliquée avec des succès surprenants, Après avoir expérimenté cette méthode plus de quatre ans, cet auteur publia un travail, en 1874, sur les granulations fausses et les granulations néoplasiques et sur la différence de traitement. Pour les granulations néoplasiques il a pratiqué un grand nombre d'excisions du cul-de-sac en relatant plusieurs observations.

Voici un passage de ce travail :

« L'excision du cul-de-sac conjonctival supérieur seul, ou du supérieur et l'inférieur en même temps, est la méthode que j'emploie depuis plus de quatre ans, et qui m'a donné d'excellents résultats sur plus de 200 malades, chez lesquels toutes les autres méthodes de traitement sont restées sans résultat (1). »

(1) Recueil d'ophthalmologie, 1874, p. 143.

En 1876, M. le Dr Abadie, en parlant de l'excision du cul-de-sac conjonctival, s'exprime ainsi :

« Nous ne croyons pas cette pratique applicable que dans les cas exceptionnels où les granulations sont extrêmement abondantes, et l'hypertrophie de la muqueuse et du tissu sous-jacent ne se modifie pas sous l'influence des cautérisations (1). »

M. le Dr Giffo, en 1879, publia un travail en relatant sept observations bien concluantes sur ce sujet (2).

En 1882, M. le Dr Brachet publia une note sur le traitement chirurgical de l'ophthalmie granuleuse. Double guérison. Examen des yeux huit ans après l'opération (3).

Enfin l'année dernière (1883), notre excellent ami, M. le Dr Parisotti, dans son remarquable travail « sur les granulations de la conjonctive et leur traitement » a brillamment démontré non seulement l'utilité, mais encore la nécessité de cette méthode de traitement, en relatant quinze observations, dont nous avons emprunté plusieurs d'entre elles (4).

Malgré les travaux et les observations très concluantes sur ce sujet, nous ne trouvons pas cette méthode très répandue ; bien au contraire, nous constatons contre elle une forte opposition de la part des ophthalmologistes.

Et pourquoi?

On accuse cette méthode de laisser de graves conséquences sur la muqueuse et la paupière. On dit qu'en excisant le cul-de-sac conjonctival on détruit une région de la muqueuse, qui lui est indispensable pour conserver les rapports normaux de la paupière avec le globe de l'œil. Il se

(1) Dr Abadie Traité des maladies des yeux. T. I. p. 141.
(2) Recueil d'Ophthalmologie, 1879, p. 607.
(3) Ibidem. Janvier 1882.
(4) Ibid. Mai et juin, 1882.

produit, dit-on, des déformations et des déviations de la paupière. Mais nous devons déclarer que nous avons vainement cherché des observations à l'appui de cette manière de voir. Nous n'en avons pas trouvé une seule ; au contraire, nous avons vu qu'une foule de malades traités par les autres méthodes ont subi toutes les conséquences de l'ophthalmie granuleuse.

Pour prouver ce que nous venons de dire, voici l'histoire d'une malade qui n'a pas été traitée par l'excision du cul-de-sac, mais qui a subi, quand même, les conséquences que nous allons voir.

OBSERVATION I (personnelle).

Mlle D..., âgée de 47 ans, demeurant à Paris, souffrait depuis dix-neuf ans d'une ophthalmie trachomateuse double. Elle a été soignée d'abord par le Dr Desmares pendant longtemps; puis elle resta six ans sans traitement, quoique toujours malade, et réclama enfin les soins de Fano, qui la traita pendant longtemps. A un moment donné, la cornée droite (avec l'iris et le corps ciliaire probablement) fut tellement altérée que l'on se vit forcé de faire la résection du segment antérieur du globe oculaire. Le mal dans l'œil gauche ne fut pas moins envahissant.

Voici dans quel état se trouvent les yeux de notre malade le 20 novembre 1883 :

Œil droit. — Les conjonctives bulbaires et palpébrales sont presque complètement adhérentes entre elles. Par une toute petite fente qui reste entre les bords libres des deux paupières, on voit une cicatrice épaisse à la place de la cornée. Les mouvements des paupières sont presque nuls (*ankyloblépharon*). En présence de cet état de l'œil, il n'y a pas à discuter sur l'acuité visuelle. Il n'existe pas même de perception lumineuse.

Œil gauche. — La conjonctive de la paupière supérieure est recouverte par des traînées blanc jaunâtre, ou de petites plaques et des points de cicatrices sèches. Les culs-de-sac n'existent presque plus. Près de l'angle externe et au milieu, il existe des brides réunissant les deux parties de la conjonctive (palpébrale et bulbaire) entre elles (*symblépharon*). Là où il y a un peu de conjonctive, elle est fortement injectée. La paupière supérieure est augmentée de sa courbure, et tend à se renverser en dedans. Le bord libre de cette paupière est rouge et épaissi. Le cul-de-sac a aussi presque disparu, et il existe des brides réunissant les

deux feuillets de la conjonctive (symblépharon). La cornée est sèche, opaque, presque entièrement insensible, très amincie, saillante, et simule un léger degré de kérato-globe. Au point de vue de l'acuité visuelle, la malade ne distingue aucune lettre de l'échelle de Galezowski, à n'importe quelle distance qu'on les place. La perception lumineuse persiste, mais la malade ne peut pas se conduire seule.

Voilà un tableau à peu près complet des complications et des conséquences d'une ophthalmie granuleuse.

Malheureusement, cette observation n'est pas unique. Nous avons vu bien des malades granuleux, traités par tous les moyens thérapeutiques, qui avaient subi des conséquences aussi fâcheuses.

Et pour les cas pareils, personne n'aura l'idée d'accuser les caustiques ni les astringents d'avoir produit ces défectuosités sur l'organe visuel. On dira seulement que les moyens, dans quelques cas très utiles et puissants, dans d'autres, restent insuffisants ou même absolument impuissants.

Pourquoi donc accuser l'excision du cul-de-sac ? Cette méthode entraîne-t-elle des résultats aussi déplorables ? A ces questions, nous répondrons aussi par les observations.

M. Galezowski, dans sa communication à la Société de chirurgie, dit avoir fait l'excision sur 227 malades. Il ajoute que la perte de l'œil a été observée seulement deux fois par une inflammation purulente qui s'est répandue sur la cornée, et il attribue cette inflammation de la cornée à ce fait qu'elle n'était pas recouverte par les vaisseaux. L'auteur a revu la plupart de ses malades plusieurs années après l'opération, et dit n'avoir jamsis observé aucune déformation de la paupière. Du reste, il n'y a qu'à se reporter aux observations XIX, XX et XXI, qui ont été communiquées à ladite Société. La première de ces observations se

rapporte à un malade opéré en compagnie avec MM. les professeurs Richet et Perrin.

M. le Dr Parisotti affirme de son côté la même chose. En s'appuyant sur des observations nombreuses, il dit :

« L'excision du cul-de-sac n'est jamais suivie d'entropion, pourvu qu'on se garde bien d'entamer les tarses. Mais, on dira : la cicatrisation qui se fait après votre excision doit bien faire adhérer le bord du tarse à la conjonctive bulbaire. Quand l'excision est faite à temps, il reste dans le cul-de-sac assez de conjonctive pour que les mouvements du globe de l'œil ne soient nullement gênés. En outre, c'est toujours une cicatrice linéaire nette qui se produit et il n'y a jamais de brides qui attirent, l'un contre l'autre, le bulbe et le bord du tarse (1). »

Nos observations prouvent aussi que l'excision du cul-de-sac conjonctival n'a aucun inconvénient ni immédiat, ni consécutif.

En effet, elle nous montre que les phénomènes immédiats, post-opératoires dans la grande majorité des cas, sont extrêmement simples. Un petit œdème, avec ecchymose de la peau de la paupière, sont toutes les complications qui suivent l'opération, qui ne durent que deux ou trois jours. Les compresses glacées sont tous les moyens antiphlogistiques pour combattre ces phénomènes. Il n'y a jamais d'hémorrhagie (Obs. II, V, VI, X, XII, XIII).

Dans d'autres cas, il y a une inflammation assez intense avec des douleurs périorbitaires plus ou moins fortes, et l'on est alors obligé d'employer quelques sangsues sur la tempe (Obs. III, XIII et XXIV).

Quant aux *conséquences éloignées* pour lesquelles l'excision du cul-de-sac est particulièrement accusée, nous

(1) Recueil d'ophthalmologie, juin 1883, p 335.

n'avons qu'à regarder les malades qui ont été opérés et revus plusieurs années après l'opération (Obs. IV, VII, VIII, IX, XI).

Le traitement, après l'opération, consiste ou en légères cautérisations avec une solution de nitrate d'argent (25 centigrammes pour 10 grammes d'eau distillée) neutralisée avec une solution salée (3 grammes de sel pour 10 grammes d'eau), ou dans l'emploi journalier de douches de vapeur phéniquées (1 gramme d'acide phénique pour 100 grammes d'eau), s'il y a une sécrétion purulente plus ou moins abondante.

Quelquefois se produisent des bourgeons charnus pendant la cicatrisation de la petite plaie du cul-de-sac, qui n'ont aucun inconvénient. Les bourgeons sont excisés par des ciseaux courbés et ils guérissent très rapidement (Obs. XI et XII).

Les complications de la cornée, particulièrement pannus, disparaissent lentement à mesure que les granulations guérissent, comme presque toutes nos observations le montrent.

Comment expliquer les succès de cette méthode de la cornée?

M. le professeur Panas explique ces succès par une action résolutive que toute opération et tout travail suppuratif produit sur la cornée. C'est probable pour les cas où il y a une inflammation et une suppuration plus ou moins fortes, qui peuvent suivre l'opération ; mais nous voyons que dans les cas les plus nombreux, nous n'avons ni inflammation intense ni suppuration. Si les faits se passaient ainsi, nous aurions une guérison très rapide des pannus, comme on en observe, en employant l'inoculation blennorrhagique et jéquiritique, ou la teinture de cantharide (Terson, Badal, Dr Aimé Bernard), qui provoquent une ophthal-

mie purulente. Or, nous n'obtenons pas ce résultat immédiat après l'excision du cul-de-sac conjonctival. Au contraire, nous voyons qu'à mesure que les granulations tarsiennes disparaissent, le pannus commence à se résorber petit à petit, lentement, de sorte qu'il disparaît tout à fait, le plus ordinairement, trois ou quatre mois après l'opération ; quelquefois même *un* ou *deux* mois après (Obs. II, III, V, XII, XIII, XXIII et XXIV).

Donc, nous devons chercher une autre explication.

Nous avons vu, dans notre historique du traitement, que presque tous les auteurs ont insisté sur les granulations du cul-de-sac conjonctival, particulièrement supérieur, représentant comme la cause principale de la difficulté de la guérison. Les auteurs qui ont fait cette remarque sur ce point, sont : M. le professeur Richet, MM. Galezowski, Gouzée, De Condé, Fallot, Van Lil, Hairion, Lutens, Cuignet, Wohlau, Saemisch et Graefe, Heissrath et beaucoup d'autres.

Il paraît que M. Van Lil a, le premier, attiré particulièrement l'attention sur les granulations du repli oculo-palpébral supérieur, qui échappait souvent aux investigations et qui était ainsi *la source principale de nombreuses récidives.* Cet auteur avait inventé un instrument spécial pour relever la paupière et atteindre les granulations qui se cachaient dans le cul-de-sac.

M. De Condé commençait le traitement des granulations par la paupière supérieure pour les raisons suivantes :

« ...Dans les cas anciens, la conjonctive étant étendue dans la paupière supérieure, le mal y est aussi plus étendu et plus réfractaire ; la matière virulente qui y est sécrétée, aprés avoir séjourné dans ces replis, glisse au devant de l'œil et vient s'accumuler dans le repli de la paupière infé-

rieure, dont elle suscite incessamment le travail granuleux » (1).

Nous avons suffisamment insisté sur ce point dans notre chapitre III, et nous ne reviendrons plus là-dessus. Cependant, nous devons dire que ces idées sont si vraies, que très souvent il n'y a qu'à supprimer le cul-de-sac, ce foyer de contagion, pour voir les granulations, qui avaient persisté pendant des années malgré tous les moyens thérapeutiques, disparaître avec les médicaments les plus légers, en *deux* ou *trois* mois de traitement, comme nos observations le démontrent.

Pour mettre en évidence l'efficacité de l'excision du cul-de-sac dans l'ophthalmie trachomateuse, examinons quelques-unes de nos observations.

Dans l'observation II, nous trouvons un malade qui a souffert, pendant près de quatre ans, d'un trachome double, et qui fut soigné pendant tout ce temps par les différents oculistes. Tous les moyens thérapeutiques étaient absolument restés inefficaces. Une petite amélioration se produisait, mais les récidives ne tardaient pas à aggraver de plus en plus l'état des yeux. L'opération fut faite au mois de mai 1883 sur l'œil gauche, et cinq mois après l'opération, cet œil, qui ne voyait auparavant que le rouge, avait l'acuité visuelle normale, tandis que l'œil droit où l'opération ne fut pas pratiquée, ne voyait rien malgré l'emploi énergique du sulfate de cuivre, du nitrate d'argent et autres caustiques et astringents. Et lorsque le cul-de-sac de celui-ci fut excisé, la disparition du pannus et d'autres complications ne tardaient pas à se produire.

Cette comparaison entre les deux yeux n'est-elle pas une démonstration parfaite ? Mais analysons encore quelques observations.

(1) Annales d'oculistique. T. XXI, p. 17.

Dans celle qui porte le numéro III, nous trouvons une malheureuse fille qui a perdu son œil droit, à l'âge de trois ans, par suite d'une variole grave. Atteinte d'une ophthalmie granuleuse de l'œil gauche, elle est devenue presque aveugle, malgré les soins très énergiques qui lui ont été prodigués pendant un an et demi. Un pannus épais recouvrait entièrement sa cornée gauche. Le 5 septembre 1883, l'excision fut faite et l'œil fut sauvé.

Mais, un cas encore plus intéressant se trouve dans notre observation IV. Voici un malheureux qui était destiné à être pensionnaire de Bicêtre, à cause de l'état déplorable de ses yeux, atteints d'une ophthalmie granuleuse double. Au mois de février 1883, les deux culs-de-sac supérieurs furent excisés. Trois mois après, l'iridectomie des deux côtés était faite pour un but optique, et aujourd'hui le malade a repris ses occupations.

Après de pareils résultats, nous ne comprenons pas comment on peut rejeter absolument cette méthode de traitement ?

Indications. — Les indications de l'excision du cul-de-sac conjonctival ne sont pas bien difficiles à établir. Lorsqu'on se trouve en présence d'un granuleux, on doit se poser les questions suivantes :

a) Si la maladie existe depuis longtemps ?

b). Est-elle à l'état subaigu ou chronique ?

c). Est-elle traitée et par quels moyens ?

d). Y a-t-il des complications menaçantes du côté de la cornée ?

e). Y a-t-il un pannus formé ?

Si la maladie est au début, et qu'elle est encore dans un état subaigu, on n'a qu'à employer les moyens caustiques

et astringents ordinaires, les antiphlogistiques et les antiseptiques.

Mais, lorsqu'on a affaire à un malade qui porte une ophthalmie granuleuse à répétition déjà depuis plusieurs années, lorsque tous les moyens thérapeutiques sont restés impuissants, enfin lorsqu'il y a un pannus, *on doit procéder à l'excision du cul-de-sac conjonctival.*

M. Galezowski varie le traitement de l'ophthalmie granuleuse suivant les degrés de l'inflammation. Si elle est à l'état de poussée inflammatoire subaiguë ou franchement aiguë (selon lui), il fait d'abord le traitement antiphlogistique : application des sangsues, compresses glacées, instillations d'atropine. Si la réaction inflammatoire est peu vive, il fait des cautérisations. Pour cela, il se sert alternativement de nitrate d'argent sous forme de crayon, de solution ou de pommade, et de sulfate de cuivre ; car il affirme que tel ou tel médicament qui, aujourd'hui, produit beaucoup d'effet, finit par ne plus rien faire du tout. Il dit qu'il s'établit, après un certain temps, une tolérance de la muqueuse pour tel ou tel médicament, qui, loin d'amener une amélioration, ne fait plus qu'office d'irritant.

Mais, malgré tout cela, malgré toutes ces sages variations de traitement, il y a des cas rebelles de granulations qui ne cèdent à aucun moyen médical. Au contraire, elles deviennent plus nombreuses, elles provoquent des complications de toutes les parties ; la cornée finit par se recouvrir d'un panus, et la vision est abolie. C'est seulement alors que M. Galezowski procède à l'excision du cul-de-sac conjonctival.

M. le Dr Parisolti s'exprime, à propos de l'indication de cette opération, de la manière suivante :

« Toutes les fois que les granulations seront très développées et que les accès inflammatoires sont fréquents en

laissant toujours des altérations plus graves, et quand les altérations consécutives, sur la cornée surtout, deviennent menaçantes, c'est la seule excision qui peut sauver l'œil et mettre le malade à l'abri des accès qui lui font suspendre de temps en temps ses occupations et qui ont une influence si fâcheuse sur son esprit. Ce serait en vain qu'on insisterait sur les astringents et sur tout autre traitement » (1).

Nous croyons que ces indications sont suffisamment claires pour qu'il nous paraisse inutile d'insister plus longtemps là-dessus.

PROCÉDÉ OPÉRATOIRE.

1° *Procédé opératoire de M. le professeur Richet.* — Comme il arrive assez souvent que les granulations rebelles sont compliquées d'une rétraction du tarse et de la fente palpébrale, l'éminent professeur procède de la manière suivante : il commence par inciser l'angle externe de l'œil, y compris la peau, la couche musculaire, les tissus fibreux et la conjonctive, comme cela se fait dans le cas d'entropion. Ce premier temps d'opération terminé, on a une grande facilité pour le renversement des paupières. Après avoir confié l'une et l'autre à un aide qui doit les écarter fortement, M. *Richet* saisit alors avec des petites pinces les plis conjonctivaux et les excise avec des ciseaux (2).

2° *Procédé opératoire de M. le Dr Galezowski* — Le malade étant couché et endormi s'il le désire, l'auteur renverse la paupière supérieure, et il saisit avec sa pince

(1) Recueil d'ophthalmologie, juin 1883, p. 337.
(2) Ibidem. 1874, p. 144.

double à érigne le cul-de-sac conjonctival, et l'entraîne au dehors en cherchant autant que possible à la enter sur le tarse, pour ne pas l'accrocher avec la pince. Il confie cette pince à son aide placé au chevet du lit, et il commence la dissection de la conjonctive, d'abord dans sa limite bulbaire et ensuite près de son bord tarséen. L'incision postérieure ne doit pas empiéter sur le globe de l'œil ni dépasser l'épaisseur de la conjonctive. La dissection de la conjonctive, près du bord tarséen et en avant de la pince, doit se faire avec beaucoup de soin pour ne pas enlever le tarse ni empiéter sur la conjonctive bulbaire, l'un et l'autre de ces accidents pouvant entraîner des suites fâcheuses.

Il procède de la même façon pour les deux paupières, il arrête l'hémorrhagie, il nettoie l'œil de tout le sang coagulé et il fait appliquer des compresses glacées (1).

OBSERVATION II (personnelle).

Kérato-conjonctivite granuleuse double, datant de 4 ans. — Excision du cul-de-sac supérieur des deux côtés. — Guérison.

M. B..., âgé de 13 ans, collégien, demeurant à Versailles, contracta une ophthalmie granuleuse double, de son frère, qui était atteint de la même maladie. Il fut traité pendant deux ans, dans une clinique ophthalmologique de Paris, par les moyens les plus différents. A la suite de ces traitements variés, il se produisit une amélioration qui ne dura pas longtemps. Les poussées subaiguës se succédèrent à plusieurs reprises, et elles aggravèrent l'état des yeux à un point tel que le malade abandonna ladite clinique, et resta pendant quelque temps sans traitement, complètement désespéré.

Puis ses parents le conduisirent à la clinique du Dr Galezowski, qui trouva les yeux dans un état déplorable. Il le soigna pendant plus d'un an sans grand succès. Les symptômes subaigus disparaissaient, mais pour

(1) Recueil d'ophthalmologie, 1874, p. 143.

reparaître ensuite plus graves qu'auparavant. Enfin, les parents du malade donnèrent leur consentement à l'opération. L'excision du cul-de-sac supérieur gauche fut exécutée le 6 mai 1883. Le malade resta huit jours à la clinique, où on lui appliqua des compresses glacées sur la paupière, pour combattre de petits phénomènes inflammatoires. Dix jours après, les cautérisations avec du nitrate d'argent (0,25 p. 10 gr.), neutralisé avec de l'eau salée, furent faites deux fois par semaine.

Quinze jours après l'opération, le malade se sentait beaucoup mieux. Deux mois après, l'amélioration était telle que le malade ouvrait très facilement l'œil gauche ; la cornée, qui était recouverte par un pannus épais avant l'opération, s'était beaucoup éclaircie, et la vue commençait à être distincte. Cinq mois après, l'œil était guéri.

Le 5 novembre 1883, nous avons examiné les yeux, et nous les avons trouvés dans l'état suivant :

Œil gauche complètement guéri. Il ne reste que quelques petites cicatrices conjonctivales qui ne sont nullement gênantes. Mouvements de la paupière et du globe de l'œil absolument normaux. La cornée est complètement transparente. Acuité visuelle normale.

Œil droit. — En retroussant la paupière supérieure, on voit le cul-de-sac rempli de granulations rouge grisâtre, formant un bourrelet dans ce repli conjonctival. Sur la partie tarsienne, les granulations sont pareilles, mais moins nombreuses ; les papilles hypertrophiées, la muqueuse entière injectée et turgescente. La muqueuse de la paupière inférieure présente aussi des granulations, mais moins nombreuses que la supérieure. La cornée presque entière est recouverte d'un vieux pannus assez épais. La vision distincte est nulle.

Le 12. M. Galezowski a procédé à l'excision du cul-de-sac supérieur droit.

Le 13. Le malade a bien dormi ; pas de fièvre ni de grande souffrance ; la paupière est œdématiée ; l'ecchymose cutanée existe sur toute l'étendue de la paupière ; compresses glacées, vaseline.

Le 14. Le malade est parti à Versailles.

Le 16. Le malade est venu à la clinique. Nous avons constaté la disparition des phénomènes inflammatoires. Les cautérisations au nitrate d'argent (0.25 centigr. p. 10 gr.) furent ordonnées.

Depuis ce temps, le malade est venu deux fois par semaine se faire toucher par le nitrate d'argent. A la fin du mois de novembre, nous avons constaté la résolution complète du pannus, et le malade commence à voir clair. La cornée, à la partie supérieure, est encore dépolie.

Le 5 janvier 1884. Le malade ouvre l'œil très bien. Les granulations n'existent presque plus. Il n'y a pas de trace de sécrétion. L'acuité visuelle est telle que notre malade a repris ses occupations de collégien, aussi bien pour l'œil droit que pour l'œil gauche.

OBSERVATION III (personnelle).

Kérato-conjonctivite granuleuse gauche avec pannus de la cornée. Date du début : un an et demi. — Guérison par l'excision du cul-de-sac supérieur, en trois mois.

Mlle C. F..., couturière, âgée de 20 ans, demeurant à Paris, vint à la consultation chez M. le Dr Galezowski, qui porta le diagnostic suivant : conjonctivite granuleuse de l'œil gauche, avec atrophie complète de l'œil droit, à la suite d'une variole survenue à l'âge de 3 ans. La maladie datait de deux mois seulement lorsque la malade se présenta la première fois à a consultation.

M. Galezowski la soigna pendant plus d'un an par les médicaments les plus variés, sans aucune amélioration. Au contraire, les granulations devenaient plus nombreuses, les culs-de-sac se remplissaient, la cornée se prenait petit à petit, et elle finit par se recouvrir entièrement d'un pannus épais, de sorte que le malade ne voyait plus rien, l'œil droit étant déjà perdu. Il y avait du larmoiement, une légère photophobie, une tendance au renversement en dedans de la paupière supérieure. Acuité visuelle = 0.

Pour cette raison, M. Galezowski proposa l'opération, et il obtint un consentement du père.

L'excision du cul-de-sac supérieur gauche fut pratiquée le 5 septembre 1883.

A la suite de l'opération, il survint une inflammation assez forte de la paupière, avec œdème et ecchymose. Cette inflammation fut combattue par les sangsues (4) à la tempe gauche et l'application de glace sur la paupière. Six jours après l'opération, les phénomènes inflammatoires disparurent complètement. Puis l'œil alla toujours de mieux en mieux, en sorte que, cinq semaines après, la malade pouvait se conduire seule. Après la dissipation des phénomènes inflammatoires, le traitement consista uniquement en douches phéniquées.

Le 2 novembre 1883, la malade est venue à la clinique, et voici dans quel état étaient ses yeux :

L'œil droit est atrophié complètement, comme si l'on avait fait une énucléation. A la suite de cette atrophie du globe oculaire à l'âge de croissance (3 ans), l'orbite de ce côté est resté plus petit que du côté gauche.

Œil gauche. — La conjonctive de la paupière supérieure ne présente que quelques petites cicatrices en différents points. Elle est légèrement injectée, tandis que la conjonctive de la paupière inférieure présente des

granulations sur la partie tarsienne, ainsi que le cul-de-sac, où elles sont en plus grand nombre,

La *cornée* est presque claire sur les trois quarts supérieurs, tandis que le segment inférieur présente une vascularisation qui a résisté au traitement. L'acuité est tellement améliorée que la malade a pu venir seule à la clinique.

Nous regrettons vivement n'avoir pu revoir cette malade si intéressante.

OBSERVATION IV (personnelle).

M. Janot, cocher, âgé de 35 ans, demeurant à Clichy, a souffert d'une ophthalmie granuleuse double pendant deux années. Il n'est pas possible d'être exactement fixé sur la date de l'origine de la maladie, — qu'il signale par de petits larmoiements et quelques troubles visuels remontant à un an environ.

Au mois de décembre 1881, sa maladie était arrivée à un état tel que le malade dut cesser tout travail. Des graviers sous les paupières, des larmoiements, de la photophobie, de la tendance des paupières à se fermer, des douleurs périorbitaires, tels sont les phénomènes qui l'ont forcé d'aller à la consultation à l'Hôtel-Dieu. Là, on posa le diagnostic de conjonctivite granuleuse, et le traitement fut institué. Le malade alla à la consultation pendant six semaines, pour se faire toucher par le crayon d'alun et instiller des gouttes d'atropine.

Comme le traitement ne faisait qu'aggraver la maladie, puisque les cornées devenaient rouges et troubles au point de ne plus lui permettre de se conduire seul, il se décida à entrer à l'hôpital, où il fut admis le 6 février 1882. Le même traitement fut continué, et l'état des yeux ne fit qu'aller de mal en pis.

A un moment donné, l'affection fut regardée comme incurable, et on proposa au malade un certificat d'admission à l'hospice de Bicêtre. Le malade accepta tout d'abord et resta encore trois mois à l'hôpital, en attendant le certificat. Enfin, au mois de novembre, sa femme ne voulant pas le laisser entrer à Bicêtre, il sortit de l'Hôtel-Dieu. Puis il fut amené à la clinique environ pendant six semaines, et se soigna chez lui le même laps de temps.

Le 12 février 1883, il fut conduit à la clinique du Dr Galezowski, qui, vu l'état de chronicité de la maladie et le danger qui menaçait, pour un avenir prochain, les cornées et la vision, lui proposa l'opération. L'état

des yeux était le suivant : les deux cornées étaient recouvertes entièrement par un pannus très épais.

Les conjonctives étaient parsemées de granulations.

Le 16 février 1883, l'*excision* des deux culs-de-sac supérieurs fut pratiquée. Les suites de l'opération furent très simples, et se bornèrent à un petit œdème et une légère ecchymose des paupières.

Traitement. — Compresses froides et vaseline.

Huit jours après l'opération, on commença les cautérisations avec une solution de nitrate d'argent (0,25 centigr. pour 10 grammes d'eau, neutralisée avec l'eau salée). Quelque temps après, le nitrate fut remplacé par une pommade à l'iodoforme (5 p. 100 de vaseline), et la pommade par un crayon de sulfate de cuivre qui fut continué jusqu'à la guérison complète des granulations.

Au mois d'avril 1883, M. Galezowski a fait l'iridectomie des deux côtés pour un but optique, et à cause d'un leucome adhérent.

OBSERVATION V (personnelle).

M. J..., graveur, âgé de 18 ans, demeurant à Paris, ayant une santé excellente.

Il y a 4 ans, il fut contagionné d'une ophthalmie granuleuse dans l'œil gauche, par son beau-frère qui souffrait de la même maladie depuis bien longtemps. Comme la marche de la maladie était excessivement lente et qu'elle ne le gênait pas trop, il ne fit presque rien pendant un an et demi.

Et lorsqu'il y a deux ans et demi, des complications de la cornée survinrent, lorsque la vision commençait à être troublée par de la photophobie, du larmoiement, des sensations de corps étrangers sous la paupière et des tremblements de cette membrane, il se présenta à la consultation de l'hospice des *Quinze-vingts*. Là, il fut soigné pendant trois mois par la pommade d'iodoforme et de l'eau phéniquée ; ces médicaments lui apportèrent un soulagement tel qu'il n'alla plus à la consultation pendant assez longtemps.

Mais, l'amélioration ne se maintint pas ; la maladie progressa longtemps ; la vascularisation de la cornée se fit lentement et sans causer au malade de grandes souffrances ; bref, à un moment donné, l'œil gauche se trouva couvert complètement. Et c'est dans cet état que le malade vint à la clinique du Dr Galezowski, le 24 novembre 1883. Le diagnostic suivant fut porté : conjonctivite granuleuse gauche avec un pannus recouvrant presque toute la cornée.

Etat actuel des yeux : *Œil droit* intact.

Œil gauche. — La partie tarsienne de la conjonctive de la paupière supérieure est hypertrophiée et parsemée de granulations rouges, charnues ; par places on voit des ilots de corps gris-jaunâtre, sessiles dans le cul-de-sac supérieur, les granulations grisâtres rondes, à base large sont entassées, pour ainsi dire. La conjonctive inférieure rouge, turgescente, présente aussi des granulations de même nature, mais beaucoup moins nombreuses.

Cornée. — Toute la surface de la cornée, excepté un petit segment supérieur (d'un dixième), est recouverte d'un pannus qui date de dix mois, selon le dire de la malade, car depuis dix mois il a commencé à voir rouge, petit à petit. Légère hypersécrétion de larmes et sécrétion purulente insignifiante.

Comme il n'y avait pas de contre-indication, l'opération fut faite le jour même, sans chloroforme.

25 novembre. Ecchymose et œdème assez intenses de la paupière. Pas de fièvre, ni de souffrance, sécrétion purulente augmentée. Compresses glacées et vaseline.

Le 28. Disparition de l'œdème et de l'ecchymose. Cautérisations au nitrate d'argent.

13 décembre. Le pannus était à moitié résorbé.

Le 28. Pannus n'existe plus. Pas de sécrétion purulente. La vision s'est améliorée presque à moitié.

3 janvier 1884. La paupière gauche ne présente aucune déformation ni difficulté fonctionnelle. La partie tarsienne de la conjonctive est encore injectée, mais à l'examen avec une loupe, on ne voit pas cette masse de granulations qui existaient avant l'opération.

OBSERVATION VI (personnelle).

M. V..., âgé de 38 ans, employé dans un magasin de chaussures, homme robuste, possédant une santé excellente, a contracté une ophthalmie granuleuse dans l'œil gauche, de sa fille (âgée de 15 ans) affectée de la même maladie dans l'œil droit depuis bien longtemps.

Pendant quatre mois, il ne s'est pas inquiété de sa maladie, quoiqu'il fût incommodé par le roulement de graviers sous la paupière, par des larmoiements et des troubles visuels fréquents.

9 novembre. Il est venu consulter M. le Dr Galezowski, qui, en renversant la paupière supérieure gauche, fit les constatations suivantes : la conjonctive de la paupière supérieure est farcie de granulations rondes, grosses, pâles, elles se sont surtout accumulées dans le cul-de-sac supérieur, ce qui fait que la paupière supérieure est en état de demi-ptosis.

La conjonctive bulbaire est légèrement injectée et rougeâtre. La cornée présente une ulcération superficielle sur tout son segment supérieur et quelques petits vaissseaux commencent à se dessiner sur le même segment. Légère sécrétion muco-purulente.

Les symptômes fonctionnels sont les suivants: le larmoiement et la photophobie sont légers; c'est surtout la sensation de graviers qui lui provoquent une douleur assez vive à chaque mouvement du globe et de la paupière.

M. Galezowski lui ordonne le collyre d'atropine, et une légère solution de nitrate d'argent, mais bientôt voyant que l'affection avait pris une marche rapide et menaçait la cornée, il lui propose l'opération. Le malade consent et l'opération est faite le 14 novembre 1883.

Le 15. Paupière supérieure gauche œdématiée modérément. Pas d'ecchymose, ni de douleurs.

Le 16. Légère ecchymose à la moitié externe de la peau de la paupière. Il persiste un léger degré d'œdème.

Le 19. On constate la disparition de l'œdème et de l'ecchymose.

Le 21. *On commence les cautérisations au nitrate d'argent* (0,25 pour 10 grammes d'eau.)

Un mois après l'opération, le malade ne présentait plus de trace de granulation. La cornée était transparente, très claire. La vision était normale. Les mouvements de la paupière ne sont pas gênés.

OBSERVATION VII (personnellement recueillie).

La sœur « S. V..., » religieuse de Saint-Joseph, demeurant à Boulogne-sur-Seine, âgée de 40 ans, étant à Lyon, en 1871, contracta une ophthalmie granuleuse double. Forcée par une souffrance atroce, elle consulta le Dr Letievant de Lyon, qui lui excisa les granulations de l'œil droit tous les jours pendant six mois (une par une sans doute) et après chaque excision, il cautérisa la petite plaie au crayon de nitrate d'argent. Ce traitement lui produisit un soulagement notable, et lui permit de se conduire seule.

Elle abandonna alors tout traitement pendant longtemps, quoiqu'elle fût empêchée de travailler de temps en temps par du larmoiement et des graviers sous les paupières.

Au mois de mai 1882, en se trouvant dans un pensionnat de sœurs (à Boulogne), les granulations de la conjonctive gauche provoquèrent une poussée aiguë, très intense. Le médecin de la maison lui ordonna des mouches derrière les oreilles et le collyre de nitrate d'argent. Les phénomènes aigus se dissipèrent, mais la malade « *perdait la vue de jour en jour* », selon son expression.

Au mois d'août 1882, elle fut amenée à la consultation particulière de M. le Dr Galezowski qui constata : *Kérato-conjonctivite granuleuse double datant de onze ans, avec pannus très épais des deux cornées et trichiasis.*

Il lui ordonna des douches phéniquées et l'arrachement des cils jusqu'au mois de décembre de la même année.

Le 22 décembre 1882. M. Galezowski procéda à l'exclusion du cul-de-sac supérieur gauche.

Le lendemain de l'opération, il se produisit des phénomènes inflammatoires très intenses. Des sangsues à la tempe gauche et un collyre à atropine furent appliqués.

Quatre jours après, les symptômes inflammatoires se dissipèrent. Des douches phéniquées lui furent ordonnées tous les jours. Trois semaines après l'opération la cornée gauche commença à s'éclaircir.

Le 2 février 1883, M. Galezowski excisa le cul-de-sac supérieur droit. Cette fois-ci, les phénomènes inflammatoires post-opératoires furent insignifiants et cédèrent à l'emploi des douches phéniquées.

Le mieux s'accentua tous les jours, en sorte que trois mois et demi après l'opération, la malade avait recouvré complètement la vue.

Le traitement ne consista qu'en douches phéniquées exclusivement.

Nous avons revu la malade, le 16 novembre 1883, et elle nous a raconté l'histoire de sa maladie avec un grand plaisir, se sentant heureuse de n'avoir pas perdu la vue.

L'état de ses yeux était le suivant : les deux cornées sont parfaitement claires et transparentes. Les conjonctives des paupières supérieures présentent sur la partie tarsienne des cicatrices blanc-jaunâtre, les unes en bandelettes situées horizontalement au bord de la paupière, les autres ayant la forme de petites plaques ou de points blanchâtre. Elles sont légèrement injectées, mais ne présentent pas de traces de granulations.

Les paupières sont parfaitement normales. Les mouvements des yeux ne sont nullement gênés.

Acuité visuelle normale (V=1).

OBSERVATION VIII (personnellement recueillie).

Mlle B..., âgée de 16 ans, demeurant à Paris, de santé excellente et très bien développée.

A l'âge de 6 ans, elle était atteinte d'ophthalmie granuleuse double. Pour cette maladie, elle fut soignée chez un oculiste de Paris, pendant un an et demi. Mais, pendant tout ce temps, l'état de ses yeux n'alla qu'en s'aggravant.

En 1877, la malade fut amenée chez M. Galezowski, qui constata une conjonctivite granuleuse des deux côtés, mais plus intense du côté gau

che. Il la soigna pendant quelque temps par les moyens ordinaires à la suite desquels, il se produisit une amélioration notable du côté droit, mais en revanche, une aggravation du côté gauche. Pour cette raison, il n'hésita pas à faire l'excision du cul-de-sac. Le traitement continué encore pendant un an, amena une guérison complète. Depuis 1878, aucune récidive ne s'est produite.

Au mois de novembre 1883, elle a conduit chez M. Galezowski, sa petite sœur, qui avait une conjonctivite phlycténulaire, et c'est à cette occasion que nous avons pu examiner ses yeux, dont l'état est le suivant :

Les mouvements des deux paupières sont absolument normaux. La paupière gauche opérée ne diffère en rien de celle du côté droit qui n'a pas subi d'opération. Les conjonctives ne présentent pas de cicatrices. Les cornées sont d'une transparence parfaite.

L'acuité visuelle est normale après la correspondance d'une légère myopie.

OBSERVATION IX (personnellement recueillie).

Mlle B..., âgée de 65 ans, demeurant à Bourg-La-Reine, fut atteinte d'ophthalmie granuleuse des deux yeux, au commencement de 1881. Elle se fit soigner pendant huit mois, par M. Sichel, par les cautérisations variées, sans aucun résultat. *Elle est restée cinq mois sans voir la lumière.*

Le 13 octobre 1881, M. Galezowski procéda à l'excision des culs-de-sac supérieur et inférieur de l'œil droit. La réaction post-opératoire fut insignifiante.

Des cautérisations avec une solution de nitrate d'argent (0,25 pour 10 grammes d'eau) furent faites tous les huit jours.

Deux mois après l'opération, la malade commença à ouvrir les yeux. Au mois de février 1882, elle se conduisait seule.

Au mois de novembre 1883, la malade est venue à la clinique pour remercier le médecin et nous avons pu constater que la guérison était parfaite, sans déformation des paupières.

OBSERVATION X (personnelle).

Mlle Jeanne M..., fille de concierges, âgée de 10 ans, demeurant à Paris, souffrait d'une ophthalmie granuleuse double, datant de cinq mois, lorsque le 15 juin 1882 elle fut amenée, à la clinique de M. Galezowski ; à ce moment, on apprit que la malade venait de rester trois mois sans ouvrir

les yeux, et que deux ans auparavant, elle avait été atteinte d'une ophthalmie purulente double, dont la durée n'avait été que de quinze jours. M. Galezowski porta le diagnostic de kérato-conjonctivite granuleuse double et institua un traitement approprié. Jusqu'au mois de janvier 1883, le traitement consista en application de médicaments divers : atropine, nitrate d'argent, douches phéniquées, pommade à l'iodoforme et à l'oxide jaune ; à l'intérieur, la malade prit de l'iodure de potassium et du sirop d'iodure de fer.

Ce traitement produisit une amélioration notable, et la malade, pour cette raison, attendit six mois avant de reparaître à la clinique. Au mois de juillet 1883, la maladie s'aggrava et la petite malade fut ramenée à la clinique dans un état plus fâcheux qu'auparavant. Elle fut soignée jusqu'au mois d'octobre sans succès. Les cornées se couvrirent d'un pannus crassus et la vision distincte fut supprimée.

Etat actuel. — Au commencement d'octobre 1883, la malade se trouve dans l'état suivant : elle est lymphatique, pâle, nerveuse ; depuis quinze jours elle a un écoulement de l'oreille droite. Les *yeux* sont atteints de granulations, et, on peut dire que les lésions sont absolument symétriques des deux côtés. Les conjonctives palpébrales et bulbaires sont injectées, rouges ; elles présentent des granulations rouge-pâle, par place grisâtres, qui se sont accumulées surtout dans le cul-de-sac, plus nombreuses dans les supérieures que dans les inférieures. Les cornées, dans la partie supérieure, sont ulcérées, grisâtres, recouvertes par un pannus crassus. Epiphora et photophobie légères. La sécrétion purulente est peu abondante. V = 0.

L'excision des deux culs-de-sac supérieurs fut faite le 12 octobre 1883. Compresses froides dans la journée et vaseline dans la nuit.

14 octobre. Elle n'a pas trop souffert. Les paupières supérieures sont légèrement œdématiées et elles présentent un peu d'ecchymose ; elles sont collées le matin.

Le 17. L'œdème et l'ecchymose ont disparu. Les cautérisations au nitrate d'argent (0,25 centigr. pour 10 grammes d'eau) neutralisé sont instituées.

1er novembre. Il n'y a plus de congestion des muqueuses oculaires. Les cornées commencent à s'éclaircir.

Le 13. La malade ouvrait très bien les yeux. Ni douleurs, ni larmoiement, ni photophobie. Les pannus ont disparu. Les cornées présentent des taies, surtout au centre et à la partie supérieure.

Le 23. On fit l'*excision* des deux culs-de-sac inférieurs. Aujourd'hui (le 15 janvier) les paupières ne présentent plus de granulations. La vision est tellement améliorée que la malade se conduit seule, mais à cause de persistance de taies, elle ne peut pas encore lire. Les mouvements des yeux ne sont nullement gênés.

OBSERVATION XI (personnellement recueillie).

Mlle Rose B..., âgée de 10 ans, demeurant à Paris. Elle a des engorgements ganglionnaires des deux côtés du cou, des dents petites, noirâtres, très mauvaises.

Etant encore chez la nourrice à Marseille, elle fut atteinte d'une ophthalmie granuleuse double. Là, elle fut soignée par de nombreux vésicatoires aux bras.

Au commencement de 1881, sa mère alla la chercher et elle l'amena à Paris. Et comme les yeux de la petite malade se trouvaient dans un état très grave, elle alla consulter M. Galezowski qui diagnostiqua une *kératoconjonctivite granuleuse double, avec pannus des deux côtés et un commencement du trichiasis.* Pendant quelque temps un traitement approprié fut ordonné et l'œil droit parut marcher vers la guérison, tandis que l'état de l'œil gauche s'aggrava sensiblement.

Sa mère se décida à l'opération, et l'excision du cul-de-sac supérieur gauche fut exécutée au mois de mai 1881. Au mois de juillet de la même année, M. Galezowski procéda à l'excision au thermocautère de bourgeons charnus apparus pendant la cicatrisation de la petite plaie. Après quelques cautérisations au nitrate d'argent (en solution) et le sulfate de cuivre, les yeux furent guéris de leurs granulations. Au mois d'octobre 1883, la petite malade fut amenée à la clinique où on constata la reproduction des mêmes bourgeons charnus qui furent excisés avec des ciseaux courbes.

Etat des yeux. — Le 25 novembre 1883. Les conjonctives des paupières supérieures, surtout celle de l'œil gauche, présentent de petites cicatrices. Les cornées sont transparentes et claires. Les mouvements des yeux et des paupières sont normaux. Acuité visuelle normale (V=1).

OBSERVATION XII (personnelle).

M. P..., âgé de 16 ans, graveur sur bois, demeurant à Paris. Il possède une bonne santé. Il y a un an, il fut atteint d'une ophthalmie granuleuse de l'œil droit et peu de temps après l'œil gauche fut envahi. Soigné pendant un an, d'abord par M. Galezowski, ensuite par M. Wecker, puis encore par M. Galezowski, il n'obtint pas d'amélioration. Les granulations devinrent plus nombreuses dans les deux yeux, et les cornées ulcérées se couvrirent de pannus. L'excision du cul-de-sac supérieur gauche fut

faite le 25 octobre et l'excision du cul-de-sac supérieur droit, le 29 octobre 1883, sans le chloroforme. Quelques jours après la disparition des phénomènes inflammatoires, les cautérisations avec une solution de nitrate d'argent furent commencées.

Le 20 novembre. Les cornées n'avaient plus de pannus; elles ne présentaient que quelques légères taies empiétant surtout sur le segment supérieur. Les granulations étaient presque guéries. Le cul-de-sac supérieur gauche, à la place de la cicatrice, présente un bourgeon charnu polypiforme, qui fut excisé avec des ciseaux. L'acuité visuelle est tellement améliorée que le malade a repris ses occupations.

OBSERVATION XIII (personnelle).

Louis Q..., âgé de 24 ans, mécanicien, demeurant à Paris, et possédant une constitution vigoureuse.

Au commencement de 1879, le malade commença à souffrir de l'œil gauche. Excepté quelques picotements, auxquels il ne fit pas attention, il n'y eut pas d'autres symptômes plus gênants de la vision. La maladie serait restée probablement longtemps à l'état latent, si le malade n'avait pas reçu un copeau de fer dans son œil gauche, le 12 février 1879. Et c'est alors seulement qu'il est venu à la consultation de la clinique de la rue Dauphine, où M. Galezowski diagnostiqua : conjonctivite granuleuse gauche de date récente. Il y avait un commencement d'ulcération de la cornée, de la douleur, de la photophobie et du larmoiement. M. Galezowski ordonna l'application de sangsues à la tempe gauche et d'atropine. Trois jours après, le 15 février, lorsque les phénomènes inflammatoires causés par le traumatisme eurent cessé, on commença par l'application de la solution suivante :

Nitrate d'argent.....	0,02 centigr.
Eau distillée.....	10 grammes.

Après un mois et demi de traitement, le malade se trouva assez soulagé pour qu'il pût reprendre ses occupations. Pendant huit mois, il ne suivit aucun traitement. Au bout de ce temps, l'œil gauche redevint malade. Étant gêné pour travailler, le malade se présenta à la clinique le 10 avril 1882, où on trouva des granulations plus nombreuses qu'auparavant, avec des phénomènes inflammatoires. Sangsues et douches phéniquées (1 p. 100). Cette fois-ci, il fut encore soulagé, et il quitta la clinique jusqu'au mois d'août 1883, époque à laquelle il revint avec ses deux yeux malades. l'œil droit étant congestionné et plus malade que l'œil gauche, en voie de guérison. Le traitement habituel fut institué jusqu'au mois de novembre, sans succès pour l'œil droit.

État des yeux le 2 novembre 1883. — La conjonctive de l'œil gauche présente de petites plaques et des bandelettes blanc jaunâtre de cicatrices. Le reste de la conjonctive est injecté légèrement. Pas de granulations. Cornée gauche claire et transparente. La conjonctive de l'œil droit est recouverte de granulations. La cornée présente, sur son segment supérieur, de nombreux ulcères superficiels, avec une vascularisation assez intense du même segment. Le larmoiement, la photophobie, la sensation des graviers sous les paupières sont les symptômes fonctionnels. Le malade travaille avec peine; il ne peut ni lire ni écrire. Il est soigné pendant quatre mois par les moyens ordinaires, sans aucun résultat.

Le 5. On procède à l'excision du cul-de-sac supérieur droit. Compresses froides.

Le 7. Œdème et ecchymose de la paupière supérieure droite. Même traitement.

Le 9. L'œdème et l'ecchymose persistent. Larmoiement, photophobie, douleurs lancinantes périorbitaires. Atropine.

Le 14. L'œdème et l'ecchymose ont disparu.

Le 17. Les douleurs périorbitaires sont très vives. 4 sangsues à la tempe droite. Atropine.

Le 20. Les douleurs se sont dissipées. Traitement : solution de nitrate d'argent (0,25 centigr., eau distillée 10 gr.; neutralisée : sel, 3 gr. pour 10 gr. d'eau).

Le 30. La cornée commence à s'éclaircir.

14 décembre. Les cautérisations sont supprimées, et on ordonne des douches phéniquées.

Le 20. Le malade est guéri. Les mouvements des yeux et la vision sont normaux.

Voici deux observations inédites, dont nous avons une grande obligeance à M. le Dr Parisotti, chef de clinique du Dr Galezowski.

Obs. XIV. — Mme M... (A...), 32 ans), demeurant à Paris, portant des granulations à l'œil droit depuis l'âge de 9 ans. Elle a été opérée à la clinique du Dr Galezowski en 1871. Elle avait été déjà soignée par MM. Desmares, Sichel, de Wecker, et renvoyée par tous faute de ressources thérapeutiques. Elle a séjourné aussi dans des hospices, mais tout traitement est toujours resté sans effet. Lorsqu'elle se décida à aller à la clinique de M. Galezowski, il y avait déjà trois ans qu'on avait désespéré de sauver son œil, et on ne faisait pas autre chose que mettre du laudanum comme palliatif, pour les douleurs très vives qui tourmentaient la malade.

M. Galezowski voulut bien tenter d'autres moyens avant de procéder à l'opération, mais tous se montrèrent successivement inefficaces pendant une année entière. L'excision des culs-de-sac fut exécutée.

Trois mois après l'opération, elle allait déjà mieux; la guérison fut complète au bout de deux ans.

Un fait sur lequel la malade a bien voulu insister elle-même, c'est qu'aussitôt opérée, elle se trouvait fort soulagée de ses souffrances.

Après, il n'y a plus eu de récidives, et aujourd'hui on croit à peine que cette conjonctive-là ait été granuleuse. Elle est tout lisse, quoique tachetée de petites atrophies. La cornée a tout son poli; les mouvements de l'œil ne sont nullement gênés; les paupières ne présentent pas la moindre altération.

Obs. XV. — M. l'abbé Ch... B... (de Paris), 23 ans, séminaire de Saint-Sulpice. Il y a seulement trois ans qu'il s'est aperçu de sa maladie. Il fut alors soigné par le médecin du séminaire avec du sulfate de zinc. Il est venu la première fois à la clinique du Dr Galezewoski, il y a deux ans et demi. On commença par l'atropine et le sulfate de cuivre, et les choses marchèrent assez bien jusqu'au mois de juillet 1882, époque des vacances.

Pendant les vacances, il ne se soigna point, et quand le travail fut repris, au mois de novembre, ses yeux se trouvaient en très mauvais état. Il revint à la clinique il y a trois mois et demi.

Il ne voyait alors presque point de son œil gauche, et la vue revint un mois après l'opération. Ajourd'hui (25 avril 1883), il va beaucoup mieux; les souffrances ont presque complètement disparu. Les mouvements de l'œil sont libres en tous sens; les paupières conservent leur forme normale.

Observations publiées par le Dr Parisetti,
dans le Recueil d'ophthalmologie, n° 6, juin 1883.

Obs. XVI. — H..., âgé de 31 ans, demeurant à Montataire (Oise), se présenta à la clinique du Dr Galezowski après un an et demi de durée d'une conjonctivite granuleuse de l'œil gauche, traitée seulement avec de légers astringents. Le cul-de-sac supérieur était remplie de granulations et la cornée couverte de pannus; la vue presque perdue. Il fut opéré le 25 janvier 1874. Rentré chez lui, il continua à employer le sulfate de cuivre et une pommade au nitrate d'argent (0,05 centigrammes pour 10 grammes d'axonge). Au bout d'un an il se représenta : la cornée était parfaitement transparente, la surface de la conjonctive tout à fait lisse, les mouvements de l'œil tout à fait normaux.

Obs. XVII. — J..., âgé de 32 ans, se présenta à la clinique, le 21 février 1874. L'ophthalmie granuleuse était double et durait depuis deux ans et demi. Il ne voyait pas à se conduire, il avait essayé le traitement classique, qui avait seulement donné des soulagements passagers. A l'inspection, on trouva un développement considérable des granulations et injection vive de la conjonctive bulbaire. Les deux cornées étaient infiltrées. Il fut opéré le même jour. Ensuite on employa les cautérisations à périodes toujours plus éloignées et, au mois de décembre, il était complètement guéri de l'œil droit, presque du gauche.

Obs. XVIII. — Mme S..., âgée de 43 ans, demeurant à Paris, vint consulter à la clinique de la rue Dauphine, 26, le 16 octobre 1874, pour une double conjonctivite granuleuse qu'elle portait depuis vingt mois. Le traitement classique n'avait abouti à rien, granulations très développées, la cornée transparente dans ses trois quarts inférieurs. L'état aigu qui existait alors fut combattu par les antiphlogistiques et l'atropine. On employa ensuite pour deux mois des collyres astringents, et pour un mois le nitrate d'argent mitigé. Les choses marchaient d'une manière satisfaisante, mais une nouvelle poussée inflammatoire aiguë revenue à la fin de janvier 1875, fit perdre tout ce qu'on avait gagné. Elle fut opérée le 2 février. Le dixième jour après l'opération, on commença avec le nitrate d'argent et le résultat définitif fut des meilleurs.

Obs. XIX. — M. le marquis de F..., demeurant à Madrid, contracta l'ophthalmie granuleuse des deux yeux au mois de mars 1876. Soigné par le Dr Cervera de la manière la plus énergique, il eut néanmoins les cornées prises dans toute leur étendue. Il alla consulter le Dr Galezowski, le 25 octobre 1876. La conjonctive des quatre paupières était recouverte de granulations très épaisses, le pannus de la cornée était des plus intenses. La cornée droite avait à son centre un abcès profond qui causait des douleurs périorbitaires excessivement violentes. Tous les moyens antiphlogistiques employés pour dompter cette kératite échouaient, et sa marche fut arrêtée seulement par la paracentèse. Les rechutes qui se répétaient continuellement décidèrent MM. le professeur Richet et le Dr Galezowski à procéder à l'excision du cul-de-sac de l'œil droit. Après, les cautérisations ont pu être reprises sans de nouveaux accidents du côté de la cornée.

Des accidents graves du côté de la cornée gauche survinrent qui furent apaisés par les moyens antiphlogistiques. On procéda alors à l'excision du cul-de-sac supérieur de ce côté. Les cautérisations ont pu ensuite être reprises et continuées sans incidents. Le malade a quitté Paris trois mois après la dernière opération, pouvant se conduire, lire et écrire.

Obz. XX. — Mme S..., âgée de 31 ans, alla consulter le Dr Galezowski, le 5 juillet 1877. Pendant six ans, elle était allée se faire soigner chez un oculiste à Paris. La maladie s'aggravant par l'emploi du nitrate d'argent, M. Galezowski eut recours, le 13 juillet, à l'opération sur l'œil droit, et le 18 décembre sur le gauche. Au 23 juillet 1878, elle était presque complètement guérie. Les rechutes ne se sont plus renouvelées après l'opération et elle peut très bien travailler.

Obs. XXI. — Mme ..., âgée de 29 ans, demeurant à Paris, demanda les soins de M. Galezowski, le 19 octobre 1877. Elle portait les granulations depuis quatre ans. Après avoir essayé des cautérisations sans résultat, elle fut opérée le dernier d'août même année. Les paupières supérieures guérirent même sans besoin des cautérisations ultérieures, tandis que les inférieures, au 23 juillet 1878, suppuraient encore quoique bien souvent cautérisées.

Obs. XXII. — Mme B..., demeurant à Montmartre. La maladie a commencé il y a un an et elle l'a attrapée de son père. Soignée pendant deux mois par un des oculistes de Paris, avec le sulfate de cuivre et le nitrate d'argent; voyant que son état ne s'améliorait pas, elle vint il y a dix mois, la première fois, à la clinique du Dr Galezowski. Après six semaines de traitement avec les caustiques, sans résultat, on se décida à l'opération qui fut exécutée, il y a huit mois. Ensuite on a continué avec le nitrate d'argent en solution et en pommade, remplacé plus tard avec le sulfate de cuivre qui est la seule chose dont la malade se sert à présent.

Les cornées sont redevenues parfaitement transparentes, les douleurs et le larmoiement disparurent bien vite après l'opération. La malade peut bien se conduire toute seule.

OBSERVATION XXIII (personnelle).

M. C. L..., âgé de 15 ans, imprimeur, lymphatique, sujet aux angines fréquentes. Il a eu toujours des engorgements ganglionnaires du cou, mais pas de suppuration.

En 1879, il contracta une ophthalmie granuleuse double d'un de ses camarades atteint de cette maladie. L'œil gauche fut pris le premier, et quelque temps après l'œil droit ne tarda pas à être contagionné. Lorsqu'il a commencé à avoir de la gêne fonctionnelle de la vision, il se présenta à la consultation de la clinique de M. le Dr Wecker, où on constata une conjonctivite granuleuse double, et où on institua le traitement approprié pendant trois mois sans obtenir une amélioration quelconque.

Alors, le malade alla consulter M. le Dr Galezowski, qui constata la même chose, et il le soigna pendant six mois. Une amélioration fut obtenue, et le malade resta deux ans sans rien faire, la vision n'étant pas trop gênée. Mais au mois de novembre 1883, une poussée subaiguë survint et le malade revint à la consultation de la clinique de la rue Dauphine.

Voici dans quel état étaient les yeux, le 5 novembre 1883 :

Œil gauche : en renversant la paupière, on voit la muqueuse hypertrophiée, fortement injectée, boursoufflée, parsemée de granulations gris jaunâtre, arrondies, nombreuses, surtout dans les culs-de-sac supérieurs, et très développées. La conjonctive bulbaire est rouge et très injectée. La sécrétion purulente est abondante. La cornée est ulcérée, grisâtre et recouverte d'un pannus léger.

Œil droit : Tous les symptômes sont moins accentués qu'à l'œil gauche.

En regardant le malade en face, on le voit la tête penchée en avant et les yeux fermés. Les yeux pleurent et ils craignent la lumière. Blépharospasme léger.

15 novembre. L'excision des deux culs-de-sac supérieurs fut faite.

Le 17. Le malade a eu une légère fièvre depuis le jour de l'opération. Œdème et ecchymose des paupières supérieures.

Le 18. Douleurs périorbitaires des deux côtés. Sécrétion assez abondante. Quatre sangsues aux tempes. Atropine.

Le 25. Les phénomènes inflammatoires n'existent pas depuis deux jours. Cautérisations au nitrate d'argent (0,25 centigr. par 10 grammes d'eau).

Obs. XXIV. — M. B..., Polonais, demeurant à Paris, alla consulter M. Galezowski à sa clinique, la première fois au mois d'octobre 1882. Il était alors malade depuis neuf mois. Comme il arrive toujours, quelque temps après, croyant trouver mieux, il alla se faire soigner ailleurs.

Revenu à la clinique de la rue Dauphine, les yeux remplis de granulations, on commença le traitement avec de la pommade au nitrate d'argent, à laquelle on substitua plus tard la sulfate de cuivre, le crayon de nitrate d'argent mitigé, l'iodure d'argent à l'état naissant.

Tous ces moyens ayant échoué, les culs-de-sac supérieurs furent excisés, les derniers jours du mois de janvier 1883. Au dire du malade, il ne voyait pas à se conduire, parce que « le miroir de l'œil était couvert ». Après l'opération, on a continué à employer la pommade à l'oxyde jaune d'hydrargyre (0,10 centigrammes pour 10 grammes de vaseline), et puis le badigeonnage avec la solution de nitrate d'argent.

Aujourd'hui, la cornée a tout son poli ; la conjonctive, tout en présen-

tant des points blancs disséminés, est très lisse et le malade peut être regardé comme guéri. Il exprime sa satisfaction en riant et en levant les mains, parce qu'il ne sait pas assez s'exprimer en français.

Obs. XXV. — Mlle Marguerite D..., demeurant à la Chapelle, âgée de 15 ans, est née en Afrique et a été amenée à Paris à l'âge de 1 an. A cette époque, elle était déjà malade des yeux. Constitution éminemment lymphatique.

Quand elle se présenta à la clinique du Dr Galezowski, un pannus de la cornée gauche très intense durait déjà depuis trois ans; mais depuis cinq ans, la malade ne voyait plus de cet œil.

Elle a dû subir deux opérations. La première, qui consista dans l'abrasion des granulations fort développées sur la cornée, fut exécutée le 6 avril dernier, avec un couteau de Beer; la seconde, l'excision du cul-de-sac supérieur, le 13 du même mois.

Sans trop me perdre en détails inutiles, il me suffira de dire que, le 28 avril, on commençait déjà à entrevoir la pupille; aujourd'hui, 19 juin, elle commence à distinguer les objets.

Si ce ne sont pas des résultats, ceux-ci, je ne sais pas où nous irons les chercher.

Obs. XXVI. — M. A..., âgé de 15 ans, demeurant à Paris, malade depuis longtemps pour des granulations des conjonctives des deux yeux, fut opéré à la clinique du Dr Galezowski, le 12 septembre 1882. Les granulations dataient depuis deux ans et il avait été soigné pendant ce temps-là sans succès par un autre oculiste. Il se présenta à la clinique les premiers jours de septembre 1882, et on essaya alors les douches phéniquées et la pommade à l'oxyde jaune d'hydrargyre, qui restèrent sans effet.

Il fut opéré des deux yeux à deux reprises; et ensuite on lui donna les douches encore et les cautérisations au sulfate de cuivre et au nitrate d'argent.

Il me dit : « Avant l'opération, je ne voyais pas à me conduire; trois mois après, je récupérai parfaitement la vision, et même sept jours après l'opération j'ai pu reprendre mes occupations. »

Obs. XXVII. — Mlle L. D..., âgée de 12 ans et demie, demeurant à Paris. La maladie durait depuis quatre ans et elle vint à la clinique du Dr Galezowski au mois d'août 1882. Elle avait fréquenté, avant cette époque, la clinique de M. de Landolt, qui l'avait traitée avec le sulfate de cuivre, et M. Robert lui donna un collyre jaune dont il ne nous est pas donné de connaître la composition. Le premier traitement employé par M. Gale-

zowski, consista dans la pommade à l'oxyde jaune d'hydrargyre et les douches phéniquées. Comme tout échouait, et que la maladie, traînant en longueur, faisait beaucoup souffrir la malade par les fréquentes poussées aiguës, on se décida à l'opérer le 15 novembre 1882. La malade garda le lit pendant trois jours, et quelques jours après elle put se livrer à ses occupations.

Interrogée par moi si elle voyait avant l'opération, avec la sincérité de son âge, elle me répond : « Pas du tout, pas du tout, pas du tout; je ne pouvais rien distinguer. » La cornée a commencé à reprendre son poli quinze jours après l'opération. Le traitement consécutif fut fait avec la pommade au nitrate d'argent, remplacé plus tard par le sulfate de cuivre et les douches de vapeur phéniquées. Aujourd'hui, elle est complètement guérie.

Obs. XXVIII. — Thérèse X..., orpheline à Ivry, âgée de 15 ans, née en Angleterre, strumeuse, souffre des yeux depuis l'âge de 5 ans. La mère a toujours souffert des yeux, et sa sœur, actuellement femme de chambre, a été traitée l'an dernier pour les granulations des paupières et opérée par M. Galezowski.

L'état de ses yeux est le suivant :

Œil droit : ilots granuleux aux deux paupières ; cornée intacte, vision bonne.

Œil gauche : semis de granulations sur la conjonctive, la cornée a perdu sa transparence, la surface est irrégulière, sillonnée de vaisseaux.

Par points, on reconnaît des cicatrices anciennes, suite des abcès interstitiels antérieurs.

L'enfant souffre beaucoup.

Comme les personnes qui accompagnent l'enfant déclarent ne pouvoir venir que très rarement, M. Galezowski pratique l'excision du cul-de-sac de l'œil gauche, et il fit plus tard de même à l'œil droit.

Les conséquences de ces deux opérations furent simples.

Un mois après, l'amélioration était très notable dans l'œil gauche, et l'on pouvait annoncer la guérison définitive. La cornée s'était éclaircie et la vision presque récupérée.

Il fut pratiqué quelques rares cautérisations sur quelques îlots granuleux aux deux yeux.

L'enfant n'est plus revenue.

Obs. XXIX. — M. L..., âgé de 46 ans, sujet très vigoureux, garçon de bureau au ministère de la guerre.

Il a servi douze ans en Afrique.

Il s'est marié pendant son séjour en Algérie et sa femme était atteinte d'ophthalmie granuleuse et soignée par le Dr Cuignet, en Algérie, en

1868. Traitée pendant deux ans par les cautérisations, elle semblait guérie, lorsqu'en septembre 1870, le mari est à son tour atteint de conjonctivite granuleuse double. Pendant quatre ans, il se fait soigner, tantôt par des médecins distingués, tantôt par des empiriques. Pendant dix-huit mois, les yeux ont été cautérisés tous les deux jours.

Après quatre ans de traitement, pendant la durée desquels il a été considéré comme aveugle, il se présente, le 15 septembre 1873, à la clinique de M. Galezowski, qui tout aussitôt pratique l'excision des culs-de-sac supérieurs des deux yeux. Huit jours après, la même opération a lieu sur les deux culs-de-sac inférieurs.

Huit jours après, la vision était possible, le double pannus granuleux avait en grande partie disparu.

Un mois après son opération, M. L..., sans avoir fait autre chose que des lotions chaudes, reprenait, à Rennes, son premier métier, celui de cuisinier.

Le 29 septembre 1874, il revient à la clinique, où M. Galezowski constatait une considérable amélioration, mais prescrivait néanmoins une pommade au nitrate d'argent.

Le malade prend l'ordonnance, mais il n'obéit pas plus à son médecin qu'à la suite de son opération; il ne fait rien encore.

En novembre 1882, nous l'examinons à notre tour; il est bien guéri. Les globes oculaires ont toute leur mobilité. Les segments supérieurs des deux cornées sont marbrés de traces d'exsudats et tachetés de cicatrices sur d'anciens abcès interstitiels; les segments inférieurs sont en bon état.

Les conjonctives des paupières supérieures ne présentent plus de granulations.

Le malade, dont l'acuité visuelle est diminuée de moitié, lit cependant avec l'œil gauche le n° 4 de l'échelle Galezowski; et l'œil droit, le n° 1,75. Reconnaissant des succès qu'il a reçus, il amène à la clinique un de ses fils, granuleux depuis quelques mois.

Obs. XXX. — M. Van K..., artiste peintre, âgé de 37 ans, est atteint, il y a quatre ans, de kératite traumatique de l'œil droit, pour laquelle il va demander des soins dans une clinique ophthalmologique; quelque temps après, son affection première devient une kérato-conjonctivite granuleuse.

C'est alors qu'il se présente chez M. Galezowski, qui diagnostique une conjonctivite granuleuse avec la kératite de même nature. Les granulations sont nombreuses, par îlots à la conjonctive supérieure ; il en existe également dans le cul-de-sac inférieur. La cornée est épaissie, parsemée d'ulcères en facettes et sillonnée de vaisseaux.

La vision est presque abolie.

Rien dans l'œil gauche.

Après trois mois de cautérisation au sulfate de cuivre et au nitrate d'argent mitigé ou en solutions, des douches oculaires, sans grande amélioration, M. Galezowski pratique l'excision des deux culs-de-sac conjonctivaux. Pendant quelques jours, il est fait de rares cautérisations ; la cornée reprend son poli. Un mois après, le sujet se disait guéri.

La guérison s'est maintenue depuis trois ans. En ce moment (14 février 1883), M. Van K... revient à la clinique pour une conjonctivite catarrhale ; son œil droit est entièrement guéri de ses granulations ; des taches blanches, étoilées, disséminées un peu partout sur la conjonctive palpébrale, restent comme les stigmates indélébiles de la granulie. La moitié du globe oculaire est complète, les culs-de-sac ont disparu, il n'y a point de traces de cicatrisation consécutive à l'opération et les vaisseaux superficiels de la conjonctive courent de la muqueuse palpébrale à la muqueuse bulbaire.

En présence des considérations suivantes :

1° Qu'on n'a pas encore trouvé un médicament spécifique contre les granulations palpébrales (trachome).

2° Que les caustiques, les astringents et les antiseptiques, en général, employés jusqu'à présent, sont insuffisants pour guérir les granulations.

3° Que l'inoculation du pus blennorrhagique peut être employée avec prudence et dans quelques cas tout à fait spéciaux et restreints (pannus).

4° Que le jéquirity n'est pas encore suffisamment étudié pour qu'il puisse avoir toute la valeur thérapeutique qu'on prétend lui attribuer.

5° Que les deux derniers médicaments semblent guérir plutôt les complications des granulations (pannus) que les granulations proprement dites.

6° Que l'abrasion des granulations faite par M. Heissrath et d'autres, peut laisser des déformations fâcheuses de la paupière.

7° Que presque tous les oculistes admettent que les granulations des culs-de-sac sont plus nombreuses que dans toutes les autres parties.

8° Qu'à cause de leur situation et des rapports anatomiques de la paupière avec le globe de l'œil, ils sont très difficiles à atteindre par les caustiques ordinaires.

9° Que l'excision du cul-de-sac guérit les granulations très anciennes.

10° Que cette excision ne laisse aucune déformation fâcheuse de la paupière, et qu'elle est d'une exécution généralement facile.

Et en nous appuyant d'ailleurs sur un nombre considérable d'observations qui nous ont paru probantes, nous croyons pouvoir

CONCLURE :

A l'adoption de cette opération, qui peut être très efficace dans beaucoup de cas où les autres moyens de traitement auraient échoué.

QUESTIONS

SUR LES DIVERSES BRANCHES DES SCIENCES MÉDICALES.

Physique. — Poids spécifique des solides et des liqudies ; aréomètres et densimètres.

Chimie. — Chlore, brome, iode et cyanogène ; caractères distinctifs ; leur préparation.

Pharmacologie. — Quels sont les principes que l'on enlève aux végétaux à des températures diverses ? Utilité des tisanes et des apozèmes ; leur définition ; leur préparation.

Histoire naturelle. — Caractères distinctifs des carnassiers, leur division ; de la civette, de l'ours, du blaireau et des produits qu'ils fournissent.

Anatomie et Histologie normales. — De la colonne vertébrale.

Physiologie. — Du rôle des cils vibratiles dans l'économie.

Pathologie interne. — Parallèle des arthropathies goutteuse et rhumatismale.

Pathologie externe. — Lutation de l'épaule.

Pathologie générale. — Des endémies.

Anatomie pathologique. — Que doit-on entendre par les produits accidentels hétémorphes?

Accouchement. — Des phénomènes mécaniques du travail.

Thérapeutique. — De l'expérimentation en thérapeutique.

Médecine opératoire. — Des précautions à prendre dans l'ouverture des abcès par congestion.

Médecine légale. — De l'application de la dialyse à la recherche des substances toxiques.

Hygiène. — Des mariages consanguins.

Vu, le président de la thèse,
RICHET.

Vu, bon et permis d'imprimer,
Le vice-recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.